

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA ÚČETNICTVÍ

Srovnání vybraných ukazatelů zdravotních pojišťoven v České republice
Comparison of Selected Indicators of Health Insurance Companies in the Czech Republic

Student: Bc. Jakub Mičan

Vedoucí diplomové práce: Ing. Alžběta Urbancová, Ph.D.

Ostrava 2016

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Jakub Mičan**

Studijní program: N6208 Ekonomika a management

Studijní obor: 6202T049 Účetnictví a daně

Téma: Srovnání vybraných ukazatelů zdravotních pojišťoven v České republice
Comparison of Selected Indicators of Health Insurance Companies
in the Czech Republic

Jazyk vypracování: čeština

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
2. Zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny v České republice
3. Fondy zdravotních pojišťoven
4. Srovnání ukazatelů zdravotních pojišťoven z výročních zpráv
5. Závěr

Seznam použité literatury

Seznam zkratk

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Seznam příloh

Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady* 2015. 7. vyd. Olomouc: ANAG, 2015. 176 s. ISBN 978-80-7263-931-1.

PROKÚPKOVÁ, Danuše a Michal SVOBODA. *Jak číst účetní výkazy vybraných účetních jednotek*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. 152 s. ISBN 978-80-7478-522-1.

RŮČKOVÁ, Petra. *Finanční analýza*. 5. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 160 s. ISBN 978-80-247-5534-2.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Alžběta Urbancová, Ph.D.**

Datum zadání: 20.11.2015

Datum odevzdání: 22.04.2016



Ing. Jana Hakalová, Ph.D.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

Prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci, včetně příloh č. 4 – 8, vypracoval samostatně. Přílohy č. 1 – 3, dané mi k dispozici, jsem samostatně doplnil.

V Ostravě dne 22. dubna 2016



Bc. Jakub Mičan

Obsah

1	Úvod	5
2	Zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny v České republice	7
2.1	Veřejné zdravotní pojištění a přerozdělování pojistného	9
2.1.1	<i>Plátcí pojistného a pojištěnci</i>	<i>9</i>
2.1.2	<i>Vyměřovací základ a pojistné na zdravotní pojištění</i>	<i>10</i>
2.1.3	<i>Přerozdělování pojistného na zdravotní pojištění</i>	<i>11</i>
2.2	Zdravotní pojišťovny	14
2.3	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	15
2.3.1	<i>Hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky</i>	<i>16</i>
2.3.2	<i>Organizační struktura Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky</i>	<i>17</i>
2.3.3	<i>Orgány Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky</i>	<i>18</i>
2.4	Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny	19
2.4.1	<i>Vznik a postavení zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven</i>	<i>19</i>
2.4.2	<i>Zánik a zrušení zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven</i>	<i>20</i>
2.4.3	<i>Likvidace zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven</i>	<i>20</i>
2.4.4	<i>Nucená správa zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven</i>	<i>20</i>
2.4.5	<i>Orgány zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven</i>	<i>21</i>
2.4.6	<i>Hospodaření zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven</i>	<i>22</i>
2.5	Zdravotní pojišťovny z pohledu zákona o daních z příjmů	24
3	Fondy zdravotních pojišťoven	26
3.1	Základní fond zdravotního pojištění	27
3.2	Rezervní fond	30
3.3	Provozní fond	31
3.3.1	<i>Limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven</i>	<i>33</i>
3.4	Sociální fond	35
3.5	Fond majetku	36
3.6	Fond reprodukce majetku	36

3.7	Fond prevence	37
3.8	Fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb a Fond pro úhradu preventivní péče	38
4	Srovnání ukazatelů zdravotních pojišťoven z výročních zpráv	39
4.1	Počet pojištěnců.....	40
4.1.1	<i>Počet pojištěnců a státních pojištěnců.....</i>	<i>40</i>
4.1.2	<i>Počet pojištěnců na jednoho zaměstnance zdravotní pojišťovny.....</i>	<i>43</i>
4.2	Základní fond zdravotního pojištění.....	44
4.2.1	<i>Výběr pojistného.....</i>	<i>45</i>
4.2.2	<i>Náklady na zdravotní péči.....</i>	<i>48</i>
4.2.3	<i>Rozdíl mezi výběrem pojistného po přerozdělení a nákladem na zdravotní péči na jednoho pojištěnce.....</i>	<i>52</i>
4.2.4	<i>Jsou státní pojištěnci výhodou pro zdravotní pojišťovnu?</i>	<i>55</i>
4.2.5	<i>Opravné položky k pohledávkám ze zdravotního pojištění.....</i>	<i>57</i>
4.2.6	<i>Salda příjmů a nákladů Základního fondu zdravotního pojištění</i>	<i>61</i>
4.3	Provozní fond	64
4.3.1	<i>Průměrná mzda zaměstnanců zdravotních pojišťoven</i>	<i>64</i>
4.3.2	<i>Výše odměn členům SR, DR a rozhodčímu orgánu</i>	<i>67</i>
4.4	Využití Sociálního fondu zaměstnanci	69
4.5	Opotřebení dlouhodobého majetku	71
4.6	Využívání Fondu prevence pojištěnci	75
5	Závěr	79
	Seznam použité literatury.....	81
	Seznam zkratk	86
	Prohlášení o využití výsledků diplomové práce	
	Seznam příloh	
	Přílohy	

1 Úvod

Zdravotní pojišťovny jsou alfou i omegou k fungování zdravotnictví ve valné většině států na světě. Samozřejmě někdo může namítat, že v západních zemích Evropy a v USA si velké množství zdravotnických úkonů platí pacienti sami a například v některých státech Afriky a Jižní Ameriky je pojem zdravotní pojišťovna pro mnohé velkou neznámou. Nikoliv však u nás. Většinu zdravotních úkonů hradí zdravotní pojišťovny, popřípadě si někdo doplatí za „nadstandard“ nebo úkony s účastí na úhradě (především v zubních ordinacích). Ano, za léky se u nás také doplácí. Hlavní snahou je mít adekvátní zdravotní služby za odvedené pojistné.

Zdravotnictví je sektor, kudy ročně proteče skoro 300 miliard Kč a patří mezi nevýznamnější odvětví naší ekonomiky. Na této hodnotě se v roce 2011 podílely zdravotní pojišťovny ze 77,06 % a domácnosti 14,62 %. [7]

Důvodem, proč jsem si vybral právě zdravotní pojišťovny za téma své diplomové práce, je především její zajímavost, možná také to, že se na toto téma autoři skoro vůbec nezaměřují, a tudíž se mi naskýtá možnost více samostatné práce. Zastávám názor, že zdravotní pojišťovny významně ovlivňují každodenní život velké části společnosti.

Práce je členěna celkem na 5 kapitol. Ve druhé kapitole, pojmenované *Zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny v České republice*, je rozebrána problematika zdravotních pojišťoven a zdravotního pojištění, dle platné legislativy platné v letošním roce (2016) rozepsané do prvních několika podkapitol. V poslední podkapitole bude uvedeno, jaký pohled na zdravotní pojišťovny má zákon o daních z příjmů.

Třetí kapitola nazvaná *Fondy zdravotních pojišťoven* se zabývá opět spíše teoretickou problematikou. V rámci této kapitoly je popsán legislativní pohled na fondy, které vytváří zdravotní pojišťovny, a které je odlišují z pohledu účetnictví od jiných a běžných účetních jednotek. Tato kapitola je v *příloze č. 5* doplněna tabulkami, které umožňují čtenáři utvořit si představu o množství peněžních prostředků použitých zdravotními pojišťovnami na veškerou jejich činnost.

Nedílnou součástí práce je také čtvrtá kapitola praktického zaměření s názvem *Srovnání ukazatelů zdravotních pojišťoven z výročních zpráv*. Hlavní náplní této kapitoly je srovnání v různých oblastech napříč celou problematikou zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven za období 2007, 2009, 2011 a především za roky 2013 a 2014. Zaměření bude

především na vybrané ukazatele v těchto letech, s důrazem na rok 2014. Srovnání je nejen mezi zdravotními pojišťovnami, ale i v rámci každé pojišťovny s cílem zjistit vývoj porovnávaných hodnot.

Kapitola nazvaná *Závěr* obsahuje konečné zhodnocení výsledků práce a osobní názor na výhled do budoucna.

V rámci práce jsou uváděny tabulky týkající se zdravotních pojišťoven. Jejich pořadí se neodvíjí od hodnot, ale názvu. První je vždy Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a následně zaměstnanecké pojišťovny dle abecedního pořadí.

Cílem této práce je charakterizovat systém veřejného zdravotního pojištění, přiblížit čtenáři oblast zdravotních pojišťoven a fungování jejich fondů, následně kritické srovnání a zhodnocení vybraných ukazatelů zdravotních pojišťoven, případně zhodnotit a srovnat výši tvorby a čerpání nebo příjmy a výdaje jednotlivých fondů nebo ukazatelů u zdravotních pojišťoven. Dále zjistit, jestli ekonomická krize nepříznivě ovlivnila zdravotní pojišťovny. Posledním cílem této práce je vyzkoumat, zda Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, jakožto největší zdravotní pojišťovna, bude jednoznačně vykazovat nejlepší hodnoty ukazatelů než ostatní zaměstnanecké pojišťovny.

Dostupná literatura na problematiku zdravotních pojišťoven neexistuje, a to ani zahraniční. Proto bylo nutno se uchýlit k využití legislativních zdrojů, které se považují ve znění pozdějších předpisů, pokud v rámci diplomové práce není stanoveno jinak.

V práci budou použity metody popisná, analytická a srovnávací.

2 Zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny v České republice

Každá fyzická a právnická osoba se musí řídit legislativou dané země. Totéž platí pro zdravotní pojišťovny. V následujícím výčtu budou zmíněny nejdůležitější právní předpisy pro existenci a chod zdravotních pojišťoven. Samozřejmostí je, že zaměstnanecké pojišťovny nebude zajímat zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně a naopak.

Legislativu zdravotních pojišťoven a zdravotního pojištění bychom mohli rozdělit do čtyř kategorií. První kategorií je právní úprava veřejného zdravotního pojištění. Zde patří:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „o veřejném zdravotním pojištění“), a
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů [1].

Druhou kategorií tvoří zákony upravující primární legislativní základ pro existenci a fungování zdravotních pojišťoven. Do této skupiny patří:

- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách“) [1].

Třetí tvoří právní normy Evropské unie (dále jen „EU“), což pro některé může být novinka, o které předtím nevěděli. Zde se řadí:

- nařízení Rady EHS č. 1408/71 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 574/72, a
- nařízení Rady EHS č. 883/2004 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 987/2009 [1].

Do čtvrté a zároveň poslední kategorie se řadí další právní předpisy, které jsou důležité pro chod každé zdravotní pojišťovny. Patří mezi ně například:

- zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,

- vyhláška č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny, ve znění pozdějších předpisů,
- České účetní standardy pro účetní jednotky, které účtují podle vyhlášky č. 503/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů (ČÚS 301 – 314 pro zdravotní pojišťovny),
- vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „o fondech zdravotních pojišťoven“),
- vyhláška č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 312/2014 Sb., o podmínkách sestavení účetních výkazů za Českou republiku, ve znění pozdějších předpisů¹,
- vyhláška č. 2/2015 o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské péče, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro rok 2016, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 303/2015 Sb., o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2016, ve znění pozdějších předpisů a mnoho dalších.

Vybrané právní předpisy z předchozího výčtu budou použity v této diplomové práci.

¹ Tzv. konsolidační vyhláška. Důležitá pro zdravotní pojišťovny od 1. ledna 2016.

2.1 Veřejné zdravotní pojištění a přerozdělování pojistného

Veřejné zdravotní pojištění (dále jen „zdravotní pojištění“) je hlavní důvod, proč zdravotní pojišťovny existují. Jejich úkolem je výběr pojistného na zdravotní pojištění. Smyslem výběru pojistného na zdravotní pojištění je především následná úhrada zdravotnickým zařízením za vykonané zdravotní služby. Důležitými zákony v této oblasti jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. V následujících třech podkapitolách bude krátce přiblížena problematika pojistného na zdravotní pojištění.

Různí se názory ohledně toho, zda řadit zdravotní pojištění (společně se sociálním pojištěním) mezi platby daňového charakteru či nikoliv. Například klasifikace daní dle OECD je řadí do skupiny *2000 Příspěvky na sociální zabezpečení*. [5]

V roce 2016 se stále platí, dle § 16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, tzv. „regulační poplatek“ 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby. V tomto případě existují samozřejmě výjimky jako například děti do 3 let věku nebo stav pojištěnce vyžaduje hospitalizaci a další. [13]

V souvislosti s veřejným zdravotním pojištěním je také dobré dodat limity doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely dle § 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. U osob mladších 18 let a starších 65 let je stanoven na 2 500 Kč za rok. Pro ostatní platí limit 5 000 Kč. [13] Důležitá informace je také o zrušení maximálního vyměřovacího základu pro výpočet zdravotního pojištění již v roce 2013.

2.1.1 Plátcí pojistného a pojištěnci

Praktická problematika pojištěnců je dále prakticky rozebrána v podkapitole *4.1 Počet pojištěnců*. Legislativní vymezení plátců pojistného a pojištěnců je uvedena v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

V § 2 jsou uvedeny osoby, které jsou zdravotně pojištěny neboli pojištěnci. Pojištěnci jsou osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky (dále jen „ČR“), osoby, které na území ČR nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele na území ČR. Ze zdravotního pojištění jsou například vyňaty osoby, které na území ČR vykonávají nelegální práci a dále osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR a pracují v ČR pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit. [13]

V § 3 je uvedeno, kdy zdravotní pojištění vzniká a zaniká. Vzniká dnem narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území ČR, nebo dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území ČR stala zaměstnancem, popřípadě dnem získání trvalého pobytu na území ČR. Zaniká dnem smrti pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého, nebo dnem, kdy osoba bez trvalého pobytu přestala být zaměstnancem. [13]

Dle § 4, 5 a 6 jsou plátcí pojistného zdravotního pojištění pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Pojištěnec je plátcem pojistného pokud je zaměstnancem, osobou samostatně výdělečně činnou (dále jen „OSVČ“). Osoba, která má na území ČR trvalý pobyt a není zaměstnancem nebo OSVČ, či za něj není plátcem pojistného stát, se nazývá tzv. osoba bez zdanitelných příjmů (dále jen „OBZP“) a je také plátcem pojistného. Zaměstnavatel je plátcem části pojistného z příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků zúčtovaných jak současnému tak i bývalému zaměstnanci po skončení zaměstnání. [13]

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu například za nezaopatřené děti, poživatele důchodů z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené pobírající peněžitou pomoc v mateřství a další uvedené v § 7. [13]

2.1.2 Vyměřovací základ a pojistné na zdravotní pojištění

Praktická problematika výběru pojistného je řešena v podkapitole 4.2.1 *Výběr pojistného*. Pro tuto část bude využit zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

Dle § 2 sazba výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu (dále jen „VZ“). Výši pojistného je jeho plátce povinen sám vypočítat a zaokrouhlit na celé koruny směrem nahoru. [12]

Co je VZ řeší § 3. U zaměstnance je to úhrn příjmů ze závislé činnosti. Pojistné se stanoví z VZ, nejméně však z minimálního VZ, kterým je minimální mzda. Pro rok 2016 je to částka 9 900 Kč. Pokud je VZ nižší než minimální VZ, je zaměstnanec povinen doplatit zdravotní pojišťovně prostřednictvím svého zaměstnavatele pojistné ve výši 13,5 % z rozdílu těchto základů. Pokud je VZ nižší z důvodů překážek na straně organizace, je tento rozdíl povinen doplatit zaměstnavatel. Sazba pojistného u zaměstnanců se dělí na $\frac{1}{3}$ hrazenou

zaměstnancem (4,5 %) a $\frac{2}{3}$ hrazené zaměstnavatelem (9 %) z VZ. Dle § 5 zaměstnavatel srazí pojistné zaměstnanci ze mzdy a odvádí jej i za něj. [12]

Dle § 3a je VZ u OSVČ 50 % příjmů ze samostatné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů. OSVČ je povinna odvést pojistné z VZ. Je-li VZ nižší než minimální VZ, je povinna odvést pojistné z minimálního VZ. Minimálním VZ se rozumí dvanáctinásobek 50 % průměrné mzdy. [12] Pro rok 2016 je průměrná mzda 27 006 Kč, tudíž minimální VZ je 162 036 Kč za rok.

Podle § 3b u osoby, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát, neboli OBZP, je VZ stanoven jako minimální mzda [12], tedy 9 900 Kč za měsíc od 1. 1. 2016.

Paragraf 3c řeší VZ pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je plátcem pojistného stát. Tímto paragrafem je určen VZ na 6 444 Kč a pojistné 870 Kč na měsíc od 1. 1. 2016. [12]

Tabulky a grafy znázorňující historický vývoj VZ zaměstnanců, OBZP, OSVČ a pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, od roku 1993 do současnosti jsou součástí *příloh č. 1 – 4* této diplomové práce.

Dle § 4 je rozhodným obdobím kalendářní měsíc, kromě OSVČ, kde je rozhodným obdobím kalendářní rok, za který se pojistné platí. [12]

V § 16 je uvedeno, že právo předeplatit dlužné pojistné se promlčuje za 10 let ode dne splatnosti. Stejně dlouhá lhůta platí na promlčení vymáhání, ale v tomto případě od právní moci platebního výměru, jímž bylo vyměřeno. [12]

2.1.3 Přerozdělování pojistného na zdravotní pojištění

Přerozdělování pojistného tvoří často podstatnou část příjmů zdravotních pojišťoven, jak se lze následně přesvědčit v podkapitole *4.2.1 Výběr pojistného*. Problematika přerozdělování pojistného je velmi složitá, což můžete následně sami posoudit po přečtení této podkapitoly. Celý postup přerozdělování pojistného je řešen v § 20, 21 a 21a zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

Paragraf 20 začíná slovy, že Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „VZP“) je povinna zřídit zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění (dále jen „ZÚ“), zároveň je jeho správcem a vede jej odděleně od svých ostatních účtů a fondů, které spravuje. ZÚ slouží k financování hrazených služeb na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců. K přerozdělení pojistného se používají nákladové indexy. Nákladové indexy jsou rozděleny do 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví od narození vždy v rozmezí po 5 letech až do 85 let plus věková skupina nad 85 let. [12] V příloze vyhlášky č. 303/2015 Sb., o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2016, lze nalézt tyto nákladové indexy pro rok 2016 [17].

Nákladové indexy se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví po odečtení části nákladů na nákladné pojištěnce a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Průměrné náklady v dané skupině podle věku a pohlaví stanoví VZP jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na všechny pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví. Průměrné náklady na standardizovaného pojištěnce jsou stanoveny dle VZP jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na ženy ve věku 15 – 20 let tzn., že věková kategorie žen 15 – 20 let má nákladový index roven 1. Ke stanovení nákladových indexů a průměrných nákladů se použijí údaje z posledního účetně uzavřeného kalendářního roku. K tomu jsou všechny zdravotní pojišťovny povinny v termínu stanoveném pro předkládání výročních zpráv zdravotních pojišťoven sdělit VZP počty pojištěnců v jednotlivých věkových kategoriích podle pohlaví a celkové náklady na pojištěnce v těchto kategoriích. [12]

Na dodržování pravidel hospodaření se ZÚ dohlíží dozorčí orgán ustavený k tomuto účelu. Členy jsou zástupce jmenovaný Ministerstvem financí České republiky (dále jen „MFČR“), zástupce jmenovaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále jen „MZČR“), zástupce jmenovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, zástupce pověřený VZP, každý s jedním hlasem, a zástupci pověřeni ostatními zdravotními pojišťovnami, které mají dohromady jeden hlas. [12]

Paragraf 21 je uveden sdělením, že zdravotní pojišťovny musí sdělit do 8. dne kalendářního měsíce VZP počty svých pojištěnců v jednotlivých skupinách podle věku a pohlaví pojištěných k 1. dni tohoto měsíce, počty svých pojištěnců v členění podle věkových skupin, za které je od 1. dne tohoto měsíce plátcem pojistného stát, a navíc všechny

počty těchto pojištěnců, platné k 1. dni měsíce předcházejícího o 3 měsíce příslušné přerozdělení. Zdravotní pojišťovny dále sdělí do 22. dne každého měsíce VZP výši pojistného vybraného v období od 18. dne předcházejícího měsíce do 17. dne příslušného měsíce. Počty pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, které sdělí zdravotní pojišťovny VZP ke zpracování, jsou podkladem pro platbu pojistného státem. VZP oznámí celkový počet pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, MFČR do 12. dne kalendářního měsíce. [12]

VZP oznámí do 30. dne příslušného měsíce všem zdravotním pojišťovnám celkovou částku na ně připadající. Přesahuje-li vybrané pojistné zdravotní pojišťovnou celkovou částku připadající na ni, odvede tato zdravotní pojišťovna přebývající finanční prostředky na ZÚ. Nedosahuje-li pojistné vybrané příslušnou zdravotní pojišťovnou celkovou částku připadající na ni, VZP poukáže zdravotní pojišťovně chybějící finanční prostředky. [12]

Začátek § 21a říká, že ZÚ slouží dále k přerozdělování pojistného a dalších příjmů podle výskytu pojištěnců, za něž byly příslušnými zdravotními pojišťovnami uhrazeny zvlášť nákladné hrazené služby neboli tzv. nákladná péče. Těmito službami se rozumí zdravotní služby poskytnuté pojištěncům, u nichž výše úhrady překročila v období jednoho kalendářního roku částku odpovídající 15 násobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému zdravotního pojištění za poslední účetně uzavřený kalendářní rok. Tito pojištěnci jsou označováni jako „nákladní pojištěnci“. Příslušná zdravotní pojišťovna má nárok na úhradu 80 % částky, o kterou nákladná péče překročí částku 15 násobku průměrných nákladů na pojištěnce, pokud zdravotní pojišťovna vyúčtuje a řádně doloží případy nákladné péče. Úhrada nákladných hrazených zdravotních služeb se provádí formou měsíčních zálohových plateb a ročního vyúčtování po skončení příslušného kalendářního roku. [12]

Celkový objem finančních prostředků na měsíční zálohové platby zdravotním pojišťovnám je stanoven procentním podílem z finančních prostředků, které jsou v daném měsíci předmětem přerozdělení. VZP oznámí zdravotní pojišťovně do 28. dne kalendářního měsíce její výši zálohy. Je-li zdravotní pojišťovna povinna odvést finanční prostředky na ZÚ a zároveň má nárok na úhradu nákladných hrazených služeb, provede se vzájemné započtení těchto pohledávek a VZP sdělí výslednou částku zdravotní pojišťovně do 28. dne kalendářního měsíce. [12]

Přesahuje-li pojistné vybrané zdravotní pojišťovnou celkovou částku, na kterou má nárok z obou přerozdělení, odvede přebývající finanční prostředky na ZÚ. Nedosahuje-li pojistné vybrané celkovou částku, na kterou má nárok z obou přerozdělení, poukáže VZP této zdravotní pojišťovně chybějící finanční prostředky. Zdravotní pojišťovny vyúčtují pro VZP

v termínu stanoveném pro předkládání výročních zpráv účetním uzavření kalendářního roku všechny své nákladné pojištěnce za tento rok, celkovou úhradu za jednotlivé pojištěnce a nárokovanou částku. [12]

Na kontrole oprávněnosti a správnosti vyúčtování nákladných hrazených služeb se podílejí všechny zdravotní pojišťovny, navíc VZP provádí kontrolu prostřednictvím společné kontrolní skupiny složené z revizních lékařů všech zdravotních pojišťoven. [12]

Na konci ledna tohoto roku se na internetu objevila zpráva, že MZČR v čele s ministrem Svatoplukem Němečkem navrhlo změnu na přerozdělování zdravotního pojištění mezi zdravotními pojišťovnami. Kromě věku a pohlaví by bylo další kritérium spotřeba léčiv. Takto by prý byli kompenzováni nákladní pojištěnci zdravotním pojišťovnám a jejich léčba rozdělena mezi všechny zdravotní pojišťovny. Změna by prý znamenala přerozdělení 200 až 400 mil. Kč. Návrh uvítal i bývalý ministr zdravotnictví Leoš Heger, který řekl, že jde o krok správným směrem. [23]

2.2 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou organizace, které provádějí zdravotní pojištění. Neočekává se tedy od nich, že budou dosahovat zisku. Zdravotní pojišťovny patří mezi tzv. vybrané účetní jednotky [3]. Zároveň jsou zdravotní pojišťovny z pohledu zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví v § 1a považovány za „subjekty veřejného zájmu“ a díky této skutečnosti i jako „velké účetní jednotky“ v § 1b, což znamená povinnost provedení každoročního finančního auditu [9]. Základní regulace zdravotních pojišťoven je uvedena v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a také ve vazbě k VZP v zákoně č. 551/1991 Sb., o Veřejné zdravotní pojišťovně České republiky, a ve vazbě k zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám v zákoně č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zdravotními pojišťovnami jsou VZP s kódem 111 a tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (dále jen „ZZP“). Za ZZP jsou považovány resortní, oborové, podnikové a popřípadě další pojišťovny. V současnosti je šest ZZP: Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (kód 205, zkratka ČPZP), Oborová zdravotní pojišťovna (kód 207, zkratka OZP), Revírní bratrská pokladna zdravotní pojišťovna (kód 213, zkratka RBP), Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (kód 201, zkratka VoZP), Zdravotní pojišťovna Ministerstva

vnitru České republiky (kód 211, zkratka ZPMV) a Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (kód 209, zkratka ZPŠ).

V nedaleké minulosti působilo více zdravotních pojišťoven. Hutnická zdravotní pojišťovna (kód 205) v roce 2009 provedla fúzi s ČPZP a poté začala používat i její jméno. Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE (kód 217) zanikla v roce 2012. Česká národní zdravotní pojišťovna (kód 222) zanikla v roce 2009. V roce 2008 vzniklá Zdravotní pojišťovna AGEL (kód 227), přestala existovat o rok později. Podobně krátké období zažila Zdravotní pojišťovna MÉDIA (kód 228), která vznikla v roce 2009 a zanikla 2011. Těmito zdravotními pojišťovnami se tato diplomová práce nebude vůbec zabývat (kromě Hutnické zdravotní pojišťovny v roce 2007, jakožto ČPZP v dalších letech). Od roku 2013 je současná sestava sedmi zdravotních pojišťoven stejná. Při zániku zdravotních pojišťoven došlo k jejich slučování s dále existujícími. Zdravotní pojišťovna METAL – ALLIANCE se sloučila s ČPZP, Zdravotní pojišťovna MÉDIA s VZP, Česká národní zdravotní pojišťovna a Zdravotní pojišťovna AGEL s Hutnickou zdravotní pojišťovnou.

Dle § 40 zákona č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, jsou zdravotní pojišťovny povinny uhradit poskytovatelům zdravotních služeb hrazené služby pojištěncům. Navíc musí bezplatně vydat pojištěnci průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. Podle § 46 mají zajistit svým pojištěncům poskytování hrazených služeb v jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřely smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. [13]

V § 43 je napsáno, že podléhají kontrole státních orgánů ČR. Vedou osobní účty pojištěnců jako přehled výdajů na hrazené služby a zaplacených regulačních poplatků a doplatků za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní zdravotnické účely. [13]

2.3 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VZP je zřízena ze zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Dle § 1 a 2 má sídlo v Praze, provádí zdravotní pojištění společně se ZZP. VZP je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů. [8]

2.3.1 Hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

Dle § 3 a 4 VZP hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným. Příjmy mohou například zahrnovat platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů, příjmy plynoucími z přírážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení, dary a ostatní příjmy. [8]

Příklady možných výdajů uvedených v § 5 jsou rozsáhlejší. Jsou jimi například platby za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby poskytnuté pojištěncům VZP, náhrady nákladů za neodkladnou péči čerpanou pojištěncem v cizině a další. [8]

Podle § 6 je rozpočet VZP sestaven a realizován tak, aby výdaje nepřevýšily příjmy v příslušném rozpočtovém roce. Jejich rozdíl se zúčtovává v roční závěrce vůči Rezervnímu fondu. VZP je povinna zajistit prostřednictvím auditora nebo právnickou osobu, která je zapsána v seznamu auditorů, ověření účetní závěrky a návrhu výroční zprávy za příslušný rok. Navíc musí v návaznosti na termíny stanovené MFČR předložit MZČR a MFČR návrh zdravotně pojistného plánu (dále jen „ZPP“) na následující kalendářní rok, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok a zprávu auditora. Návrh ZPP, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky (dále jen „PSPČR“). Schválený ZPP a schválenou výroční zprávu společně s účetní závěrkou VZP zveřejní. Nebude-li ZPP schválen před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost VZP do schválení provizoriem stanoveným MZČR v dohodě s MFČR. Základem pro stanovení provizoria je návrh ZPP na příslušný kalendářní rok. ZPP obsahuje například plán příjmů a výdajů včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu hrazených služeb hrazených VZP a další. Výnos z pokut, přírážek k pojistnému a penále přijatých v průběhu kalendářního roku může přidělit do Fondu prevence tak, aby jejich celková výše za kalendářní rok nepřekročila 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení. [8]

VZP podle § 7 vytváří a spravuje Základní fond zdravotního pojištění, Rezervní fond, Provozní fond, Sociální fond, Fond majetku a Fond reprodukce majetku. VZP může vytvářet Fond prevence. [8] Podrobněji se na všechny fondy zdravotních pojišťoven zaměřuje kapitola *3 Fondy zdravotních pojišťoven*.

V § 7a je uvedeno, že kontrolu činnosti VZP provádí MZČR v součinnosti s MFČR. Zjistí-li závažné nedostatky v činnosti VZP, je oprávněno podle povahy zjištěného nedostatku vyžadovat, aby ve stanovené lhůtě zjednala nápravu nebo zavést nucenou správu na dobu nejvýše jednoho roku. V případě nucené správy podléhají rozhodnutí a právní úkony Ředitele VZP a dalších orgánů schválení nuceného správce, jinak jsou neplatná. Nucený správce je oprávněn činit rozhodnutí a právní úkony, které jinak přísluší Řediteli nebo jinému orgánu VZP. Správce je zaměstnancem MZČR nebo MFČR. [8]

Dle § 8 může VZP, v případě ekonomických potíží, získat návratnou finanční výpomoc ze státního rozpočtu, její výše může činit nejvýše 50 % prokázaného nedostatku finančních prostředků. O poskytnutí návratné finanční výpomoci rozhoduje vláda na návrh ministra zdravotnictví po dohodě s ministrem financí. [8]

Podle § 9 a 10 musí VZP zajistit oddělenou evidenci fondů a oddělenou evidenci majetku a používání finančních prostředků, vést účetnictví podle zvláštní účtové osnovy a postupu účtování pro zdravotní pojišťovny, vytvořit svůj vlastní účetní a informační systém, který musí navazovat na státní statistickou evidenci a respektovat požadavky průkaznosti.

Paragraf 7 odst. 5 – 7 ukládá VZP povinnost mít uloženy finanční prostředky v bance, která vykonává svou činnost na základě jednotné bankovní licence podle práva EU. Navíc nesmí zřizovat a provozovat poskytovatele zdravotních služeb a podnikat s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění. [8]

2.3.2 Organizační struktura Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

Organizační struktura VZP je uvedena v § 12 a tvoří ji Ústředí, regionální pobočky a další klientská pracoviště. Regionální pobočky a klientská pracoviště jsou organizačními složkami VZP, které jednají a vykonávají činnost jejím jménem. Ústředí dle § 13 řídí činnost organizačních složek, provádí rozhodnutí Správní rady (dále jen „SR“), rozhoduje o činnosti VZP, zabezpečuje součinnost se státními orgány, dalšími orgány veřejné správy, fyzickými a právníckými osobami a další činnosti související s prováděním veřejného zdravotního pojištění. [8]

Paragrafy 14 a 15 řeší statutární orgán. Statutárním orgánem je Ředitel VZP. Ředitele jmenuje a odvolává SR na dobu 4 let. Lze jej odvolat i před uplynutím období, na které byl jmenován. Výkon funkce končí například uplynutím funkčního období, odvoláním, dnem

doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce SR, dnem nabytí právní moci rozsudku, o omezení svéprávnosti a dalšími skutečnostmi. V čele regionální pobočky stojí regionální ředitel, kterého jmenuje a odvolává Ředitel. [8]

2.3.3 Orgány Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

Dle § 17 a 18 jsou orgány VZP SR a Dozorčí rada (dále jen „DR“). Do každého orgánu VZP jsou na stejné funkční období voleni nebo jmenováni nejméně 3 náhradníci. Člen SR nemůže být současně členem DR a naopak. Člen SR nemůže být členem DR ani v následujícím funkčním období, po skončení jeho členství ve SR a naopak. Funkčním obdobím jsou 4 roky. Výkon funkce člena orgánu končí například uplynutím funkčního období, odoláním, dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce předsedovi příslušného orgánu VZP a dalšími skutečnostmi. Člen SR nebo DR nevykonává svou funkci v pracovněprávním vztahu, ale má nárok na náhradu výdajů spojených s výkonem funkce a odměnu za výkon funkce. [8]

SR rozhoduje například o schválení organizačního řádu VZP, schválení návrhu ZPP, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy, schválení objemu úhrad poskytovatelům a dalších skutečnostech uvedených v § 20. Dále také říká, že SR tvoří 10 členů jmenovaných vládou a 20 členů volených PSPČR. V čele SR je předseda s místopředsdou. Při hlasování SR je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů. [8]

DR, podle § 21, dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a celkové hospodaření VZP, projednává návrh ZPP, účetní závěrku a návrh výroční zprávy. Tvoří ji 3 členové, které na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda a 10 členů volených a odvolávaných PSPČR. DR rozhoduje hlasováním, při němž je třeba souhlasu nadpoloviční většiny. [8]

Podle § 22 SR a DR společně zasedají za účelem projednání návrhu ZPP, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy. Společného zasedání se účastní také Ředitel VZP, který jej svolává. [8]

2.4 Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny

Jak již bylo řečeno, mezi zdravotní pojišťovny se kromě VZP řadí i tzv. ZZP, neboli resortní, podnikové a oborové pojišťovny, někdy pro zkrácení pouze zaměstnanecké pojišťovny. Jejich právní úpravu lze najít v zákoně č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Podle § 2 je ZZP zdravotní pojišťovna, která provádí zdravotní pojištění u resortních zaměstnaneckých pojišťoven zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem ČR anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva, u oborových zaměstnaneckých pojišťoven zejména pro zaměstnance jednoho oboru, u podnikových pojišťoven zejména pro zaměstnance jednoho nebo více podniků. Posledním typem ZZP je zdravotní pojišťovna s meziresortní a mezioborovou činností. [10]

2.4.1 Vznik a postavení zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

Dle § 3 je třeba získat povolení k provádění zdravotního pojištění. O jeho udělení rozhoduje MZČR po vyjádření MFČR. [10]

Žadatelem o povolení podle § 4 může být právnická osoba se sídlem na území ČR, za podmínek, že není osobou oprávněnou poskytovat zdravotní služby, zřizovatelem, vlastníkem ani spoluvlastníkem poskytovatele zdravotních služeb a po splnění dalších uvedených v tomto paragrafu. V žádosti o povolení žadatel uvede hlavně předpokládaný název a sídlo, z názvu musí být zřejmé, že jde o ZZP, rozbor předpokládaných příjmů a výdajů ZZP, závazek, že ZZP dosáhne do jednoho roku od založení počtu nejméně 100 000 pojištěnců a další náležitosti. K žádosti připojí návrhy zakládací listiny a statutu ZZP a návrh prvního ZPP. O návrhu prvního ZPP rozhoduje MZČR po vyjádření MFČR. [10]

Před podáním žádosti o povolení musí žadatel, dle § 4a, složit kauci ve výši 100 000 000 Kč. Dnem zápisu ZZP do obchodního rejstříku (dále jen „OR“) přecházejí práva ke kauci na ZZP, ta ji převede do Rezervního fondu. [10]

ZZP je podle § 4b právnická osoba, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. Je nositelem zdravotního pojištění pro pojištěnce, kteří jsou u ní zaregistrováni. Zapisuje se do OR. [10]

2.4.2 Zánik a zrušení zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

Paragraf 6 odst. 1 – 3 říká, že ZZP zaniká ke dni výmazu z OR. Návrh na výmaz podává zanikající ZZP nebo likvidátor. Zániku předchází její zrušení bez likvidace nebo s likvidací. Bez likvidace se ZZP zrušuje sloučením s VZP nebo jinou ZZP. Sloučení s VZP oznámí zrušovaná ZZP neprodleně MZČR. Sloučení ZZP schvaluje vláda na základě vyjádření MZČR a MFČR. Při sloučení přechází veškerý majetek, závazky a pohledávky na zdravotní pojišťovnu, s níž se slučuje. K VZP nebo k ZZP, s níž se slučuje, přecházejí rovněž všichni pojištěnci zrušované ZZP. Oznámení o sloučení jsou povinny ZZP neprodleně předat Centrálnímu registru pojištěnců vedenému VZP. ZZP se zrušuje s likvidací, jestliže jí bylo MZČR odejmuto povolení k provádění zdravotního pojištění, nebo o to ZZP MZČR sama požádá. MZČR může odejmout povolení k provádění zdravotního pojištění, jestliže například opatření uložená k nápravě nedostatků v hospodaření, nesplnila svůj účel a tento účel nemohl být splněn ani zavedením nucené správy, nucená správa nesplnila svůj účel nebo nedosáhne 100 000 pojištěnců do jednoho roku od založení a za dalších skutečností. [10]

2.4.3 Likvidace zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

Podle § 6a se vstup ZZP do likvidace zapisuje do OR. Po dobu likvidace musí ZZP používat dovětek „v likvidaci“. Ode dne zápisu do OR jedná jménem ZZP v likvidaci likvidátor, kterého jmenuje MZČR. Likvidátor musí nejpozději následující pracovní den oznámit den vstupu ZZP do likvidace Centrálnímu registru pojištěnců a informovat veřejnost o dni vstupu do likvidace prostřednictvím sdělovacích prostředků, dále musí sestavit likvidační účetní rozvahu a přehled o majetku a předat je MZČR. Dle § 6 odst. 3 a 4 provádí likvidátor jen úkony, které směřují k likvidaci ZZP. Jestliže likvidátor zjistí předlužení ZZP, podá bez zbytečného odkladu insolvenční návrh. Ke dni skončení likvidace sestaví likvidátor účetní závěrku a předloží ji MZČR ke schválení spolu s konečnou zprávou o průběhu likvidace. Do 30 dnů po skončení likvidace ZZP podá likvidátor rejstříkovému soudu návrh na výmaz z OR. [10]

2.4.4 Nucená správa zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

Paragraf 7 legislativně upravuje nucenou správu u ZZP podobně jako u VZP. Kontrolu činnosti ZZP provádí MZČR v součinnosti s MFČR. ZZP je k tomu účelu povinna vždy do 60

dnů po skončení kalendářního čtvrtletí podat MZČR a MFČR zprávu o svém hospodaření. MZČR informuje veřejnost o hospodaření ZZP prostřednictvím sdělovacích prostředků. Zjistí-li MZČR závažné nedostatky v činnosti ZZP, je oprávněno podle povahy zjištěného nedostatku vyžadovat, aby ZZP ve stanovené lhůtě zjedнала nápravu, jinak může MZČR zavést nucenou správu a to na dobu nejvýše jednoho roku. V případě nucené správy podléhají rozhodnutí a právní úkony Ředitele a dalších orgánů ZZP schválení nuceného správce, jinak jsou neplatná. Nucený správce je oprávněn činit rozhodnutí a právní úkony, které jinak přísluší Řediteli nebo jinému orgánu ZZP. Správce je zaměstnancem MZČR nebo MFČR. Nejpozději následující pracovní den po zavedení nucené správy správce oznámí tuto skutečnost Centrálnímu registru pojištěnců a informuje veřejnost prostřednictvím sdělovacích prostředků. Správce je oprávněn přibírat k výkonu nucené správy další osoby. Nesplní-li nucená správa svůj účel, může MZČR odejmout povolení k výkonu zdravotního pojištění a ZZP zrušit s likvidací. [10]

2.4.5 Orgány zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

Funkce Ředitele ZZP je řešena v § 9a a skutečnosti jsou velmi podobné jako v případě VZP. Statutárním orgánem ZZP je Ředitel. Ředitele jmenuje a odvolává SR na dobu 4 let. Lze jej odvolat i před uplynutím období, na které byl jmenován. Ředitelem může být jmenována osoba, která je plně svéprávná, bezúhonná a má ukončené vysokoškolské vzdělání. Funkci nemůže například vykonávat osoba, která je vedoucím zaměstnancem nebo členem orgánu jiné zdravotní pojišťovny, distributorem nebo výrobcem léčivých nebo zdravotnických přípravků a za splnění dalších podmínek. Funkci Ředitele nemůže vykonávat osoba, která v posledních 5 letech vykonávala funkci Ředitele, člena SR nebo člena DR jiné ZZP, která byla zrušena s likvidací. Jeho výkon končí například uplynutím funkčního období, odvoláním, dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce SR a dalšími skutečnostmi. [10]

V § 10 jsou legislativně upraveny orgány ZZP. Těmito orgány jsou SR a DR. V § 10 jsou uvedeny pravomoci SR. SR rozhoduje například o schválení návrhu ZPP, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy, schválení zásad smluvní politiky, žádosti ZZP o úvěr a dalších, uvedených ve výčtu tohoto paragrafu. SR tvoří pět členů jmenovaných vládou a deset volených z řad pojištěnců této ZZP zaměstnavateli a pojištěnci tak, že pět členů je voleno z kandidátů předložených organizacemi zaměstnavatelů a pět je voleno z kandidátů

předložených odborovými organizacemi. Členy SR jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví. [10]

Paragraf 10 dále upravuje postavení DR, tu tvoří 3 členové, které na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda, šest členů volených z řad pojištěnců této ZZP zaměstnavateli a pojištěnci ZZP. DR rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí DR je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů DR. [10]

Funkční období člena orgánu jsou čtyři roky. Lze je z funkce odvolat i před uplynutím funkčního období. Člen SR nemůže být současně členem DR a naopak. Člen SR nemůže být členem DR ani v 4letém funkčním období následujícím po skončení jeho členství ve SR a naopak. Členem SR nebo DR se dále nemůže stát osoba, která v posledních pěti letech vykonávala funkci Ředitele, člena SR nebo člena DR jiné ZZP, která byla zrušena s likvidací. Člen SR a DR nevykonává svou funkci v pracovněprávním vztahu, má nárok na náhradu výdajů spojených s výkonem funkce a za výkon funkce mu lze poskytnou odměnu. [10]

Členem orgánu ZZP nesmí být například osoba, která je vedoucím zaměstnancem nebo členem orgánu jiné zdravotní pojišťovny, distributorem nebo výrobcem léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, společníkem nebo statutárním orgánem právnické osoby, která je dodavatelem zboží či služeb ZZP a za dalších podmínek. Členem orgánu anebo jeho náhradníkem může být jen bezúhonná osoba, která dosáhla věku nejméně 25 let. Členem orgánu a vedoucím pracovníkem nesmí být občan, který je v zaměstnaneckém nebo obdobném vztahu k subjektu, se kterým uzavřela ZZP smlouvu o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností tohoto subjektu. [10]

Výkon funkce člena orgánu končí uplynutím funkčního období, odvoláním, dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce, dnem, kdy se stal člen, který je do orgánu volen zaměstnavateli a pojištěnci ZZP, pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, smrtí nebo dnem prohlášení za mrtvého a dalšími skutečnostmi. [10]

2.4.6 Hospodaření zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

ZZP hospodaří podle § 11 a 12 s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným. Mezi příjmy patří platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu. Další

příjmy mohou být vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů, příjmy plynoucí z majetkových sankcí, dary a ostatní příjmy. [10]

Seznam výdajů, dle § 13, je opět delší než seznam příjmů, podobně jako u VZP. Do výdajů se řadí například platby za hrazené zdravotní služby podle smluv uzavřených s jejich poskytovateli, platby jiným zdravotním pojišťovnám anebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby poskytnuté pojištěncům ZZP, náhrady nákladů za neodkladnou zdravotní péči čerpanou pojištěncem v cizině a další. [10]

ZZP je uloženo § 15 zajistit prostřednictvím auditora nebo právnické osoby, která je zapsána v seznamu auditorů ověření účetní závěrky a návrhu výroční zprávy za příslušný rok. Dále předložit MZČR a MFČR návrh ZPP na následující kalendářní rok, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok a zprávu auditora. [10]

Náležitosti na ZPP obsahuje, poměrně dlouhý, § 15. Součástí ZPP je například plán příjmů a výdajů včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu hrazených služeb poskytovaných ZZP a další náležitosti. MZČR a MFČR posoudí předložený návrh ZPP z hlediska souladu s právními předpisy a z hlediska souladu s veřejným zájmem. MZČR a MFČR po posouzení ZPP předloží návrh ke schválení vládě. V případě zjištění, že návrh odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, vrátí návrh ZPP k přepracování. Návrh ZPP, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý rok schvaluje na návrh vlády PSPČR. Schválený ZPP, schválenou výroční zprávu a účetní závěrku ZZP zveřejní způsobem umožňující dálkový přístup. Nebude-li ZPP schválen před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost ZZP do schválení provizoriem stanoveným MZČR v dohodě s MFČR. Základem pro stanovení provizoria je návrh ZPP na příslušný kalendářní rok. [10]

ZZP musí podle § 16, stejně jako VZP, zabezpečit oddělenou evidenci fondů a oddělenou evidenci majetku a používání prostředků, vést účetnictví podle zvláštní účtové osnovy a postupů pro zdravotní pojišťovny. V § 16 se dále uvádí, že ZZP vytváří a spravuje Základní fond zdravotního pojištění, Rezervní fond, Provozní fond, Sociální fond, Fond investičního majetku, Fond reprodukce investičního majetku a mohou vytvářet Fond prevence. VoZP vytváří další fond – Fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb hrazených Ministerstvem obrany České republiky (dále jen „MOČR“), navíc může vytvořit Fond pro úhradu preventivní péče poskytované nad rámec hrazených služeb pro vojáky

v činné službě a žáky vojenských škol. [10] Více o jednotlivých fondech bude rozebráno v kapitole 3 *Fondy zdravotních pojišťoven*.

2.5 Zdravotní pojišťovny z pohledu zákona o daních z příjmů

Zdravotní pojišťovny se dají považovat za typ neziskových organizací, jelikož jejich hlavním účelem není dosahování zisku, nýbrž zajištění výběru pojistného na zdravotní pojištění a úhrady za zdravotní služby. Proto se dá chápat jiný daňový režim než u ostatních zdaňovaných právnických subjektů. Do konce roku 2013 zdravotní pojišťovny figurovaly v zákoně o daních z příjmů pouze v § 18 výčtem příjmů, které nebyly předmětem daně. Mezi příjmy, dle § 18 odst. 12 písm. a) až ch) zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění platném v roce 2013, které nebyly předmětem daně, byly například z pojistného na zdravotní pojištění podle zvláštního právního předpisu; z pokut uložených za neplnění povinností pojištěnců a plátců pojistného; z penále od plátců pojistného; z přírážek k pojistnému vyměřených zaměstnavatelům; z náhrad škod; od zaměstnavatelů na úhradu plateb za výkony pracovně-lékařských služeb a specifické péče; z kauce; z návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu a z účelové dotace ze státního rozpočtu. [11]

Rok 2014 přinesl, s nástupem „nového“ občanského zákoníku, pojem Veřejně prospěšný poplatník do zákona o daních z příjmů. Od roku 2014 v § 17a s názvem Veřejně prospěšný poplatník je uvedena informace, že zdravotní pojišťovny tímto Veřejně prospěšným poplatníkem nejsou. Dále v § 18 odst. 2 písm. e) bod 1. až 10. zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění od roku 2014, je opět výčet příjmů, které nejsou předmětem daně. Je zde pojistné na zdravotní pojištění; pokuty uložené pojištěnci nebo plátcí pojistného; přírážky k pojistnému vyměřené zaměstnavateli; náhrady nákladů na hrazené zdravotní služby; které zdravotní pojišťovna vynaložila v důsledku zaviněného protiprávního jednání třetí osoby vůči pojištěnci; úhrady plateb za výkony pracovně-lékařských služeb a specifické zdravotní péče od zaměstnavatele; kauce resortní, oborové, podnikové a další pojišťovny; návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu na uhrazení nákladů poskytnutých hrazených služeb po vyčerpání prostředků Rezervního fondu v případě platební neschopnosti VZP; účelové dotace ze státního rozpočtu; pohledávky za uhrazené zdravotní služby poskytnuté v ČR cizím pojištěncům, kterými jsou fyzické osoby, za které byly zdravotní služby uhrazeny v souladu s vyhlášenými mezinárodními smlouvami o sociálním zabezpečení, s nimiž vyslovil souhlas Parlament a jimiž je ČR vázána, nebo podle přímo

použitelného předpisu EU. Jak se sami můžete přesvědčit, některé položky podávají více informací než do roku 2013. [11]

3 Fondy zdravotních pojišťoven

Všechny zdravotní pojišťovny musí vést pro svou činnost fondy v rámci rozvahy, na kterých se evidují „náklady a výnosy“, jelikož zdravotní pojišťovny nepoužívají klasické nákladové a výnosové účty pro svou hlavní činnost, což je zvyklost u běžných účetních jednotek. Nákladové a výnosové účty používají zdravotní pojišťovny pouze pro ostatní zdaňovanou činnost. Tato kapitola se bude postupně zabývat jednotlivými fondy. Nejdříve Základním fondem zdravotního pojištění (dále jen „ZFZP“), poté Rezervním fondem (dále jen „RF“), Provozním fondem (dále jen „PF“), Sociálním fondem (dále jen „SF“), Fondem majetku (dále jen „FM“), Fondem reprodukce majetku (dále jen „FRM“), Fondem prevence (dále jen „FP“) a nakonec Fondem zprostředkování úhrady zdravotních služeb (dále jen „FZÚZS“) a Fondu pro úhradu preventivní péče (dále jen „FÚPP“).

Nejdůležitějším zdrojem informací v této oblasti je především vyhláška č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven, dále jsou některé skutečnosti uvedeny v zákoně č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a zákoně č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

Vyhláška o fondech nebývá velmi novelizována, naposledy se tak stalo pro rok 2015, četnost novel je tak jedna pozměňovací vyhláška co dva roky.

Vykazování těchto fondů ve výročních zprávách je vždy také jednotlivě pro každý fond samostatně. Pro představu, v jaké výši se pohybují hodnoty počátečních zůstatků, tvorby, čerpání, příjmů, výdajů a konečných zůstatků jednotlivých fondů, je v *příloze č. 5* uvedena tabulková část k celé této kapitole.

Každý fond má vždy, kromě FM, dvě tabulky. Tabulku „A“, která znázorňuje tvorbu a čerpání tohoto fondu a tabulku „B“, která naopak ukazuje tok peněz, tudíž příjmovou a výdajovou stránku. Tyto dvě tabulky se budou málokdy rovnat, jelikož i u podnikatelských subjektů se náklady a výnosy nemusí nutně rovnat příjmům a výdajům za dané účetní období, což si lze nyní vzorově ukázat.

Na *tab. 3.1* a *3.2* lze názorně vidět rozchod mezi tabulkami „A“ a „B“. Konkrétně opět u VZP, ačkoliv je tabulka „A“ v nemalých záporných číslech, dle tabulky „B“ má dostatek finančních prostředků. Je to ovšem dáno také finanční výpomocí a finančními prostředky z RF, které se do tabulky „A“ nezachycují.

Tab. 3.1 Hodnoty konečných zůstatků ZFZP z tabulky „A“ jednotlivých zdravotních pojišťoven za sledované období v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	31 459 286	29 988 806	130	-5 289 840	-4 816 205
ČPZP	2 083 780	4 771 186	3 044 559	3 271 078	2 565 098
OZP	1 161 514	1 208 770	899 724	1 244 658	1 330 869
RBP	2 187 693	2 985 121	2 926 766	1 662 634	1 472 167
VoZP	2 293 974	1 803 471	245 882	495 912	349 409
ZPMV	3 971 568	5 665 832	3 371 893	3 192 378	2 576 432
ZPŠ	662 381	679 163	552 948	439 464	388 168

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Tab. 3.2 Hodnoty konečných zůstatků ZFZP z tabulky „B“ jednotlivých zdravotních pojišťoven za sledované období v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	6 918 756	6 329 029	910 771	396 263	249 530
ČPZP	1 515 763	3 734 915	1 508 390	2 533 560	2 085 961
OZP	1 270 796	1 257 220	278 501	521 599	689 128
RBP	1 639 037	2 430 293	1 560 193	1 411 800	1 251 502
VoZP	915 674	411 194	328 228	612 020	657 665
ZPMV	2 653 681	4 111 027	2 361 680	2 100 146	1 620 363
ZPŠ	565 453	611 318	357 521	309 129	332 465

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Pozor, někteří by si mohli myslet, že smysl vykazování tabulek „A“ a „B“ znamená pouze analytické členění v rámci syntetických účtů. Účtování o tvorbě a čerpání fondů probíhá na jiných účtech (4. účtová třída), než na kterých se účtuje o příjmech a výdajích (2. účtová třída), toto členění je také uvedeno v příloze č. 3 vyhlášky č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o účetnictví pro zdravotní pojišťovny [14]. Vykazování pospolu v tabulkách „A“ a „B“ slouží pouze pro lepší přehlednost uživatelů výročních zpráv.

3.1 Základní fond zdravotního pojištění

Praktická problematika týkající se ZFZP, konkrétně výběru pojistného, náklady na zdravotní péči a dalších je rozebrána v podkapitole 4.2 *Základní fond zdravotního pojištění*. Tabulková část, která se věnuje ZFZP, je v příloze č. 5, konkrétně tab. 1 a 2. Z vyhlášky č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven, se ZFZP věnuje § 1.

ZFZP neboli Základní fond zdravotního pojištění, někdy pouze Základní fond pro zkrácení, je stěžejní fond při výkonu zdravotního pojištění zdravotními pojišťovnami. Slouží hlavně k úhradě hrazených služeb, k přidělům do PF, ke krytí nákladů na činnost zdravotní pojišťovny, dále například k přidělům do dalších fondů.² Podle § 17 odst. 2 zákona č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách, jsou schodky vzniklé při hospodaření se ZFZP kryty finančními prostředky RF. [10]

Zdrojem ZFZP, podle § 1 odst. 1 vyhlášky, jsou především pojistné na zdravotní pojištění a peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělení pojistného včetně záloh a vyúčtování nákladné péče, dále dohadné položky k pojistnému, náhrady škod; finanční dary pro zdravotní pojišťovnu, u kterých dárce blíže nespecifikoval účel daru; pohledávky za uhrazené zdravotní služby poskytnuté v ČR cizím pojištěncům, kterými jsou fyzické osoby, za které byly zdravotní služby uhrazeny; ostatní pohledávky související se zdravotním pojištěním, které nepřísluší jinému fondu; kladné kursové rozdíly související se ZFZP; přiděly finančních prostředků z jiných fondů; zůstatky ZFZP zrušované zdravotní pojišťovny v případě sloučení nebo splnutí; snížené nebo zrušené opravné položky, vztahující se k ZFZP; použité, snížené nebo zrušené rezervy, vztahující se k ZFZP a ostatní dohadné položky aktivní, vztahující se k ZFZP. [16]

Dle § 1 odst. 2 a 3 tvoří u VZP zdroje navíc také penále, dohadné položky k penále, přírážky k pojistnému a pokuty a finanční prostředky vytvářené využíváním fondu, zejména úroky. Z prostředků získaných z pokut a penále propočte zdravotní pojišťovna převod do FP, maximálně 0,3 % finančních příjmů z pojistného po přerozdělování. [16]

Nelze si nevšimnou značného nepoměru mezi výčtem položek zdrojů a položek snižujících ZFZP. V § 1 odst. 4 uvedeny tyto položky snižující ZFZP. Patří mezi ně závazky vyplývající z poskytnutých zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění včetně záloh a jejich zúčtování s poskytovateli zdravotních služeb; závazky vyplývající z poskytnutých zdravotních služeb pojištěncům v cizině, včetně dodatečných oprav vyúčtování; závazky vyplývající z poskytnutých zdravotních služeb vyúčtovaných zdravotní pojišťovně poskytovateli zdravotních služeb za cizí pojištěnce, kterými jsou fyzické osoby, kterým byly zdravotní služby poskytnuty; závazky spojené s nákupem, opravami a pronájmem zdravotnických prostředků zapůjčovaných pojištěncům; dohadné položky

² § 7 odst. 1 písm. a) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů a § 17 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

k závazkům vyplývajících z poskytnutých hrazených zdravotních služeb; úroky vyplývající z úvěru přijatých za účelem posílení ZFZP; bankovní poplatky za operace na bankovních účtech ZFZP; poplatky za poštovní služby a poplatky za použití veřejných datových sítí při úhradách zdravotních služeb, při informování pojištěnců o výsledcích a čerpání zdravotních služeb, výběru pojistného, pokut, penále a přírážek k pojistnému; náklady spojené s vedením osobního účtu pojištěnce, zajištěním dálkového přístupu k tomuto osobnímu účtu a poskytováním informací pojištěnci z osobního účtu; záporné kursové rozdíly související se ZFZP; přiděl do PF do výše limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny³; přiděl do RF; přiděl do FP uskutečněný při splnění podmínek uvedených výše; mimořádný přiděl do PF na pokrytí zvýšených výdajů VoZP a o tvorbu rezerv a opravných položek vztahujících se k ZFZP. [16]

ZFZP se dále, dle § 1 odst. 5 a 6, snižuje o odpisy dlužného pojistného, nedobytných pohledávek za uhrazené zdravotní služby poskytnuté cizincům v tuzemsku a nedobytných pohledávek za poskytovateli hrazených zdravotních služeb. ZFZP se snižuje také o odpisy nedobytných penále, pokut a přírážek, pokud byly zdrojem ZFZP. ZFZP se snižuje o částky penále, pokut a přírážek k pojistnému, které byly prominuty na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti. Pokud u ZZP byly zdrojem FP, uvedený fond se o tyto částky sníží. [16]

Paragraf 1 odst. 7 nařizuje, že finanční prostředky ZFZP musí vést zdravotní pojišťovna na samostatném bankovním účtu, popřípadě na více samostatných bankovních účtech pro potřeby oddělení evidence příjmů, výdajů a stavu finančních prostředků, aby byla umožněna kontrola jejich správné výše. Zůstatek ZFZP i zůstatek finančních prostředků samostatného bankovního účtu dosažený ke konci účetního období se převádí do následujícího účetního období. [16]

V *tab. 3.1* si lze všimnout doslova masivního propadu konečného zůstatku u VZP mezi lety 2009 a 2011, který postupoval až do záporných čísel. Žádná jiná zdravotní pojišťovna takový pád nezažila. ZPP VZP pro rok 2011 ještě počítal s konečným zůstatkem 5 490 261 tis. Kč. Ovšem podepsaly se pod to nižší počáteční zůstatek fondu o více než 1,5 mld. Kč, nižší tvorba o 1,4 mld. Kč a vyšší čerpání o 2,5 mld. Kč oproti plánu. Propad ovšem začal již o rok dříve, rok 2010 byl zakončen zůstatkem ZFZP u VZP hodnotou 8 358 512 tis. Kč.

³ Více k tomuto limitu bude řečeno v podkapitole 3.3.1 *Limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven*.

3.2 Rezervní fond

Tabulková část, která se věnuje RF je v *příloze č. 5*, konkrétně *tab. 3 a 4*. Ve vyhlášce č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven, se legislativním náležitostem RF věnuje § 2.

RF slouží ke krytí schodků ZFZP a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof nebo zdravotní pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného. Tvoří se přiděly z pojistného převodem části zůstatku ZFZP. Zdravotní pojišťovna může použít nejvýše 30 % finančních prostředků RF k nákupu cenných papírů (dále jen „CP“), a to státních CP, CP se státní zárukou, CP vydávaných obcemi, veřejně obchodovatelných dluhopisů a akcií vydaných obchodními společnostmi a přijatých na regulovaném trhu a pokladničních poukázek České národní banky (dále jen „ČNB“). Tyto CP a pokladniční poukázky ČNB zůstávají součástí RF. Výše RF činí 1,5 % průměrných ročních výdajů ZFZP za bezprostředně předcházející 3 kalendářní roky. Výše může klesnout v případě sníženého výběru pojistného, výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof. U ZZP navíc platí, že musí RF naplnit do 3 let ode dne získání povolení k provádění zdravotního pojištění.⁴

V případě vyčerpání $\frac{1}{2}$ RF je, dle § 18 odst. 2 a 3 zákona č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách, ZZP povinna předložit MZČR návrh opatření. Je-li toto vyčerpání způsobeno nedostatky v hospodaření, rozhodně MZČR o dohledu nad dalším hospodařením, případně o dalších opatřeních k řešení vzniklých nedostatků. [10]

Zdroje a snížení RF řeší § 2 odst. 1 a 2 vyhlášky. Zdrojem RF jsou kauce žadatele u ZZP; příděl z pojistného uskutečněný převodem ze ZFZP; výnos z držby a prodeje CP pořízených z prostředků RF; kladné rozdíly z ocenění CP pořízených z prostředků RF reálnou hodnotou; úroky z bankovního účtu RF; dar určený dárcem do RF a zůstatky RF zrušované zdravotní pojišťovny v případě jejich sloučení nebo splnutí. RF se snižuje o příděl do ZFZP; poplatky za vedení bankovního účtu a poplatky za poštovní služby vztahující se k RF; ztráty z prodeje CP pořízených z prostředků RF; záporné rozdíly z ocenění CP RF na reálnou hodnotu a závazky k úhradě zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora. [16]

Další povinnosti jsou stanoveny v § 2 odst. 3 a 4. Finanční prostředky RF musí být uloženy na samostatném bankovním účtu. Kromě použití limitované výše 30 % finančních

⁴ § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů a § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

prostředků lze finanční prostředky RF ukládat pouze na krátkodobé termínované vklady, pokud tím zdravotní pojišťovna neporuší povinnost převodu do ZFZP. Pokud nenastala povinnost použití RF, je zdravotní pojišťovna nejpozději k rozvahovému dni povinna zajistit, aby byl naplněn do zákonem stanovené výše. Takto stanovený objem výše RF vyjádřený v Kč, po odpočtu hodnoty prostředků vložených do CP, musí být na samostatném bankovním účtu RF zajištěn nejpozději do 31. března následujícího účetního období. [16]

Paragraf 2 odst. 5 uvádí, že převod finančních prostředků z bankovního účtu ZFZP na bankovní účet RF se provede vždy až po přidělu do PF, uhrazení všech splatných závazků vůči poskytovatelům zdravotních služeb, splátkách úvěrů, půjček a návratných finančních výpomocí. Pokud po provedení těchto převodů nejsou k dispozici finanční prostředky nutné k doplnění RF na výši stanovenou zákonem, převede ZZP do ZFZP přednostně penále, dohadné položky k penále, přírážky k pojistnému a pokuty. Na vytvoření zákonného přidělu do RF je povinna dále použít také zůstatek PF. [16]

3.3 Provozní fond

Praktická problematika PF, konkrétně týkající se mezd zaměstnanců a odměn SR, DR a rozhodčího orgánů je rozebrána v podkapitole 4.3 *Provozní fond*. Tabulková část, která se věnuje PF je v příloze č. 5, konkrétně tab. 5 a 6. Ve vyhlášce č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven se na PF zaměřuje § 3. PF zdravotní pojišťovny se používá k úhradě nákladů na její činnost.

V § 3 odst. 1 – 3 vyhlášky jsou uvedeny zdroje PF. Zdrojem jsou přiděly ze ZFZP maximálně do výše ročního limitu⁵; dar určený dárce do PF; přiděl z FRM po schválení SR zdravotní pojišťovny; úrok z bankovního účtu zdravotní pojišťovny; kladné kurzové rozdíly související s PF; kladné rozdíly z ocenění CP pořízených z prostředků PF reálnou hodnotou; zůstatek PF při sloučení nebo splnutí zdravotních pojišťoven; výnos z prodeje dlouhodobého majetku (dále jen „DM“); smluvní pokuty na základě smlouvy poskytovatelů zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou; ostatní výnosy související s tvorbou PF; použité, snížené nebo zrušené rezervy a opravné položky vztahující se k PF a ostatní dohadné položky aktivní vztahující se k PF. Kromě těchto zdrojů jsou u VZP zdrojem také pohledávky za ZZP a poskytovateli zdravotní péče v systému zdravotního pojištění za vynaložené prostředky

⁵ Více k tomuto limitu bude řečeno v podkapitole 3.3.1 *Limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven*.

spojené s tvorbou a distribucí metodik, tiskopisů a číselníků vydávaných pro zajištění jednotných postupů při zúčtování zdravotních služeb, léčiv a další. Navíc u VZP jsou dalším zdrojem pohledávky za ZZP ve výši podílu nákladů na vedení registru všech pojištěnců zdravotního pojištění. [16]

Naopak § 3 odst. 4 a 5 vyhlášky se věnují snižováním PF, především o příděly do ostatních fondů. PF se snižuje o závazky zdravotní pojišťovny vyplývající ze zajištění její provozní činnosti, včetně podílu úhrady odpisů a zůstatkové ceny vyřazeného DM souvisejících s prováděním zdravotního pojištění a úhrady podílu nákladů souvisejících s registrem všech pojištěnců zdravotního pojištění a s provozem Centra mezistátních úhrad, včetně úhrad poskytnutých formou záloh s následným vyúčtováním; prostředky vynaložené zdravotní pojišťovnou na financování analýz a realizace projektových záměrů hrazených z fondů EU v oblasti podpory veřejného zdraví; náklady na ostatní komunikace zdravotní pojišťovny s pojištěnci, které nejsou náklady ZFZP; příděly do SF maximálně do výše 2 % z ročního objemu mezd a náhrad mezd; příděl do RF; příděl do ZFZP a FRM provedený na základě rozhodnutí SR zdravotní pojišťovny; záporné kurzové rozdíly související s PF; záporné rozdíly z ocenění CP pořízených z prostředků PF na reálnou hodnotu; úroky z úvěru přijatých zdravotní pojišťovnou na krytí PF finančními prostředky; pokuty a penále vyplývající pro zdravotní pojišťovnu z nedodržení postupů stanovených zákonem a pokuty, penále či jiné sankce za porušení smluvních vztahů uzavřených zdravotní pojišťovnou; závazky k úhradě zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora zdravotní pojišťovny; příděl do FRM ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného DM sníženého o náklady související s prodejem; tvorbu rezerv a opravných položek vztahující se k PF a ostatní dohadné položky pasivní vztahující se k PF. Navíc se u VZP z těchto prostředků hradí úhrady prostředků vynaložené na tvorbu a distribuci metodik, tiskopisů a číselníků vydávaných pro zajištění jednotných postupů při zúčtování zdravotních služeb, léčiv a dalších. Dále zde patří úhrady prostředků vynaložené na vedení registru všech pojištěnců zdravotního pojištění. [16]

Podle § 3 odst. 6 a 7 vyhlášky, se zůstatky PF a rovněž finanční zůstatky vedené na samostatném bankovním účtu se převádí do následujícího účetního období. Finanční prostředky je možno využívat k pořízení krátkodobého finančního majetku. [16]

Jak je uvedeno v § 3 odst. 9 a 10 z bankovního účtu PF se převádějí finanční prostředky na bankovní účet FRM ve výši zúčtovaných odpisů veškerého DM, včetně finanční hodnoty zůstatkové ceny vyřazeného DM a kladného rozdílu mezi prodejní

a zůstatkovou cenou prodaného DM sníženého o náklady související s prodejem. Nejpozději k rozvahovému dni se do PF zúčtuje příděl maximálně ve výši limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny. [16]

Paragraf 3 odst. 11 nařizuje zdravotním pojišťovnám, pokud provozují činnost, která podléhá dani z příjmů právnických osob, zajistit oddělené sledování a účtování veškerých nákladů a výnosů z této činnosti. Jestliže v průběhu roku hradí z finančních prostředků PF podíl nákladů souvisejících se zdaňovanou činností, převádí na bankovní účet PF čtvrtletní zálohy z finančních prostředků zdaňované činnosti, které se zúčtují nejpozději k rozvahovému dni. Současně se zúčtováním záloh ze zdaněné činnosti je PF snížen o podíl nákladů souvisejících s touto činností, včetně podílu odpisů vytvořených z poměrné části hmotného a nehmotného majetku využívaného ve zdaňované činnosti. Při poskytování záloh, odděleném sledování podílů provozních nákladů a podílu odpisů postupuje také VoZP v souvislosti s vytvářením a správou FÚPP a FZÚZS. [16]

3.3.1 Limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven

Pro zdravotní pojišťovny je limit nákladů na činnost velmi důležitý, výpočet je velmi složitý a pro obvyčejného člověka bez potřebných dat není možné jej vypočítat, zdravotní pojišťovny limit nákladů na činnost vypočítávají a vkládají jako informaci do svých výročních zpráv. Limitem nákladů na činnost se zabývá pouze § 7 vyhlášky č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven. Tento paragraf jako jediný z celé vyhlášky novelizován pro rok 2015, ostatních paragrafů se změna netýkala. V následujícím textu se dozvíte, v čem novelizace spočívala.

Celý proces vysvětlení a výpočtu je uveden v § 7 odst. 1 a 2. Roční limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytý ze zdrojů ZFZP se stanoví z prostředků získaných z pojistného na zdravotní pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod. Výše limitu finančních prostředků tvořící součet přídělů do PF, do SF a do FRM se propočte podle tohoto vzorce:

$$L = \frac{PC}{100} \cdot koeficient, \quad (3.1)$$

kde **L** představuje limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny propočtený z prostředků zdravotního pojištění v Kč, **PC** představují příjmy v Kč za kalendářní rok ze zdravotního pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod,

koeficient představuje koeficient v procentech, zaokrouhlený na 2 desetinná místa a vypočtený podle vzorce:

$$koeficient = \frac{-0,3}{P} \cdot c + 3,08 + \frac{0,3}{P} \cdot 100, \quad (3.2)$$

kde **P** představuje hodnotu 10 410 představující jednu tisícinu průměrného počtu pojištěnců v systému zdravotního pojištění zahrnutou do propočtu limitu, **c** představuje jednu tisícinu průměrného počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny⁶, propočteného z měsíčních údajů pro přerozdělování za hodnocené období včetně opravných hlášení, zaokrouhlenou směrem nahoru na celé číslo. [16] Celý vzorec s vyjádřeným koeficientem tedy vypadá:

$$L = \frac{PC}{100} \cdot \left(\frac{-0,3}{P} \cdot c + 3,08 + \frac{0,3}{P} \cdot 100 \right). \quad (3.3)$$

U vzorce (3.2) a (3.3) se hodnoty konstant v průběhu času mění novelizacemi vyhlášky č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven. Například v roce 2014 byla součástí vzorce konstanta 3,41 namísto 3,08. Hodnota 3,08 je součástí vyhlášky od 1. 1. 2015 do současnosti.

Rozdělení finančních prostředků limitu nákladů na činnost řeší § 7 odst. 3 vyhlášky a provede se následujícím způsobem:

1. celkový příděl do výše propočteného limitu nákladů na činnost se převede ze ZFZP do PF,
2. z PF se do SF převede příděl ve výši maximálně 2 % z ročního objemu nákladů na zúčtování mezd, současně se z PF převede příděl ve výši hodnoty účetních odpisů veškerého DM včetně zůstatkové ceny vyřazeného DM za dané účetní období do FRM a
3. zůstatek celkového limitu po provedení přídělů tvoří příděl do PF. [16]

V případě, kdy je zdravotní pojišťovna v likvidaci, případně v konkurzu, se dle § 7 odst. 4 ze ZFZP do PF se převádí příděl pouze ve výši nutné na zajištění chodu likvidované zdravotní pojišťovny. Výše a účet výdajů PF se kontroluje v rámci kontroly hospodaření zdravotní pojišťovny v likvidaci. [16]

Zvláštní postup existuje dle § 7 odst. 5 u VoZP. Roční limit nákladů na činnost VoZP, stanovený dle vzorců výše, nezahrnuje příděl na výdaje hrazené z prostředků přídělu ze ZFZP do PF na mimořádný příděl do PF na pokrytí zvýšených výdajů. V rámci hodnocení výroční

⁶ Ve vyhlášce je uvedeno malé písmeno „p“, změna za malé „c“ je z důvodu vysoké vizuální podobnosti malého a velkého písmena, tak aby nedošlo k jejích záměně nebo obtížím s rozeznáním.

zprávy VoZP se tyto výdaje vyčíslí zvlášť a jejich oprávněnost navrhne MZČR v součinnosti s MFČR ke schválení vládě. [16]

3.4 Sociální fond

Praktická problematika SF a to jeho využití zaměstnanci zdravotních pojišťoven je uvedena v podkapitole 4.4 *Využití Sociálního fondu zaměstnanci*. Tabulková část, která se věnuje SF je v příloze č. 5, konkrétně tab. 7 a 8. SF se zabývá § 4 vyhlášky č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven.

Dle § 4 odst. 1 se SF zdravotních pojišťoven používá k zabezpečení kulturních, sociálních a dalších potřeb ve prospěch jejich zaměstnanců, případně dalších osob v souladu s vnitřním předpisem zdravotní pojišťovny. [16]

V § 4 odst. 2 jsou uvedeny zdroje SF a jsou jimi základní příděl ve výši maximálně 2 % z ročního objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mzdy, které byly zúčtovány s PF, tvořený převodem finančních prostředků z PF; příděl ze zisku po zdanění vytvořený ve zdaňované činnosti; splátky půjček zaměstnanců; ostatní příjmy, které souvisejí s výdaji ze SF; úroky z bankovního účtu SF; kladné kursové rozdíly související se SF; dary určené dárce do SF; zůstatky SF sloučených a splynutých zdravotních pojišťoven; použité, snížené nebo zrušené ostatní rezervy a opravné položky vztahující se k SF a dohadné položky aktivní vztahující se k SF. A v odst. 3 jsou uvedeny naopak položky snižující SF. Mezi jednu z nich patří například, že se SF musí snížit v souladu s ročním rozpočtem a zásadami jeho používání, které jsou součástí schváleného ZPP. SF se dále snižuje o bankovní poplatky, poštovní poplatky a záporné kurzové rozdíly související s jeho činností. [16]

V § 4 odst. 4 a 5 jsou uvedeny zásady používání SF například, že finanční prostředky SF se vedou na samostatném bankovním účtu, výdaje SF lze uskutečňovat jen do výše finančních prostředků vedených na bankovním účtu tohoto fondu, prostředky SF nelze převádět do jiných fondů. Zůstatek SF i zůstatek finančních prostředků samostatného bankovního účtu SF dosažené ke konci účetního období se převádí do účetního období následujícího. [16]

Ve skutečnosti je SF dle informací z výročních zpráv zdravotních pojišťoven využíván pro účely příspěvků na penzijní připojištění; životní pojištění a stavební spoření; příspěvků na kulturní a sociální vyžití; příspěvků na stravování; pracovní a životní jubilejní odměny;

příspěvků na dovolenou, rekreaci a regeneraci; příspěvků na nezaopatřené děti; dále jako sociální výpomoc v souvislosti s narozením dítěte; sociální výpomoc pozůstalým v případě úmrtí zaměstnance a poskytování zaměstnaneckých půjček a výpomocí. [33]

3.5 Fond majetku

Tabulková část, která se věnuje FM je v *příloze č. 5*, konkrétně *tab. 9*. FM se ve vyhlášce č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven zabývá nejkratší paragraf, a to § 5.

Dle tohoto § 5 se FM používá ke sledování zůstatkové hodnoty dlouhodobého hmotného majetku (dále jen „DHM“) a dlouhodobého nehmotného majetku (dále jen „DNM“). Zdrojem FM jsou DHM a DNM pořízený z prostředků FRM; bezúplatně převzatý DHM a DNM; nově zjištěný a v účetnictví dosud nezachycený DHM a DNM; nově zařazený DHM a DNM podle rozhodnutí zdravotní pojišťovny; anebo použité, snížené nebo zrušené opravné položky vztahující se k FM. FM se snižuje o výši zůstatkové ceny DHM a DNM při jeho vyřazení z používání v důsledku opotřebení, ztráty, znehodnocení, v důsledku jeho prodeje, bezúplatného předání, zvýšení hranice pro zařazení do kategorie DHM a DNM; bezúplatně předaný DHM a DNM; odepsaný náklad na trvale zastavené investice; hodnotu účetních odpisů a tvorbu ostatních opravných položek vztahující se k FM. [16]

3.6 Fond reprodukce majetku

Praktická problematika zastaralosti dlouhodobého majetku zdravotních pojišťoven je uvedena v podkapitole 4.5 *Opotřebení dlouhodobého majetku*. Tabulková část, která se věnuje FRM, je v *příloze č. 5*, konkrétně *tab. 10 a 11*. Ve vyhlášce č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven, mu patří § 6.

Dle § 6 odst. 1 a 4 se FRM používá k soustředování prostředků na pořizování DHM a DNM. Finanční prostředky FRM musí vést zdravotní pojišťovny na samostatném bankovním účtu. Zůstatek FRM a finanční prostředky na bankovním účtu se převádějí do následujícího účetního období. [16]

V § 6 odst. 2 a 3 jsou uvedeny zdroje a položky snižující FRM. Zdrojem FRM jsou například odpisy veškerého DHM a DNM včetně zůstatkové ceny vyřazeného DHM a DNM; další příděly z PF na základě schválení SR; dar určený dárce do FRM; příděl odsouhlasený

SR ze zisku po zdanění vytvořeného v ostatní zdaňované činnosti, určený na pořízení DHM a DNM, který je využíván pro ostatní zdaňovanou činnost; úroky z bankovního účtu FRM a kladné kursové rozdíly související s FRM. FRM se naopak snižuje například o pořízení DHM a DNM včetně poskytnutých záloh; splátky úroků z úvěrů použitých na nákup DHM a DNM ve vazbě na schválený ZPP přiděl do PF, pokud to odsouhlasí SR; poplatky za vedení bankovního účtu a poplatky za poštovní služby vztahující se k FRM nebo záporné kurzové rozdíly související s FRM. [16]

3.7 Fond prevence

Praktická problematika FP, konkrétně využívání FP pojišťenci, je uvedena v podkapitole 4.6 *Využívání Fondu prevence pojišťenci*. Tabulková část, která se věnuje FP, je v příloze č. 5, konkrétně tab. 12 a 13. Tento fond, z těch, které mohou tvořit všechny zdravotní pojišťovny, není jako jediný vůbec ve vyhlášce č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven, řešen. Legislativně je zachycen v zákoně č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a v zákoně č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

Zdravotní pojišťovny mohou vytvářet FP, není to tedy jejich povinnost. Z FP lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, jsou-li poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky FP lze využít také k realizaci preventivním zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců a dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotních služeb, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Zdrojem FP jsou finanční prostředky z podílu na výsledku hospodaření po zdanění stanoveného statutárními orgány zdravotní pojišťovny z činností, které nad rámec provádění zdravotního pojištění zdravotní pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem zdravotní pojišťovny a finanční prostředky z pokut, přírážek k pojistnému a penále. V případě VZP výše příjmů FP z pokut, přírážek k pojistnému a penále nesmí za kalendářní rok překročit 0,3 % celkového objemu příjmů

pojistného po přerozdělení. V případě ZZP není procentuální limit, ale může je použít jako zdroj FP pouze v případě, kdy má naplněný RF a hospodaří vyrovnaně.⁷

Čerpání a výdaje FP jsou převážně tvořeny preventivními programy, které jednotlivé zdravotní pojišťovny vytváří. V roce 2016 jsou jimi například léčebně-ozdravné pobyty, příspěvky na bezlepkovou dietu, program „cesta k nekuřáctví“, příspěvky na dobrovolná očkování, plavání, rehabilitace, různá dobrovolná vyšetření a mnoho dalších. Každá zdravotní pojišťovna má zpravidla několik preventivních programů a každý pojištěnec si může zvolit, jaký mu vyhovuje. Zpravidla existuje roční finanční limit čerpání preventivních programů na pojištěnce, navíc dělí preventivní programy podle věkových struktur pojištěnců a některé i dle pohlaví.

3.8 Fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb a Fond pro úhradu preventivní péče

Tabulková část, která se věnuje FZÚZS a FÚPP, je v *příloze č. 5*, konkrétně *tab. 14*. Tyto dva fondy nejsou, stejně jako FP, řešeny ve vyhlášce č. 418/2003 Sb., o fondech zdravotních pojišťoven. Jediný zdroj informací k těmto fondům je pouze zákon č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách, konkrétně jeho § 16 odst. 2 a 3.

Tyto fondy vytváří pouze VoZP. FZÚZS slouží pro úhrady zdravotních služeb hrazených Ministerstvem obrany České republiky, podle § 11 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve kterém se řeší práva a povinnosti vojáků a žáků vojenských škol v oblasti zdravotního pojištění. FÚPP zase slouží pro úhradu preventivní péče poskytované nad rámec hrazených služeb pro vojáky v činné službě a žáky vojenských škol. [10]

⁷ § 7 odst. 2 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů a § 16 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

4 Srovnání ukazatelů zdravotních pojišťoven z výročních zpráv

Tato praktická kapitola je zaměřena přímo na hodnoty z výročních zpráv v současnosti fungujících zdravotních pojišťoven, nebudou brány v potaz v současnosti již neexistující zdravotní pojišťovny. Vybrané roky 2007, 2009, 2011, 2013 a 2014 jsou takto zvoleny záměrně, a to z důvodu pokrytí delšího časového období. Zároveň nebude potřeba meziročních srovnání (kromě posledních dvou).

Již v úvodu 3. kapitoly bylo řečeno, že hlavní hospodaření a účetnictví zdravotních pojišťoven se projevuje na fondech v rozvaze a ne na nákladech a výnosech, které patří ostatní zdaňované činnosti.

Tato kapitola bude zpracována především na bázi analýzy trendů neboli horizontální analýzou, což je vývoj časových řad, a analýzou odvětví, což jsou všechny v současnosti existující zdravotní pojišťovny, a jejich srovnáním mezi zdravotními pojišťovnami. [2, 4]

V případech, kdy bude potřeba srovnat jakékoliv údaje mezi zdravotními pojišťovnami, a využije se přepočtení na jednoho pojištěnce dané zdravotní pojišťovny, tak se bude počítat s průměrným počtem pojištěnců, nikoliv se skutečným stavem k 31. prosinci daného roku. Někomu nemusí vycházet výsledný součet počtu pojištěnců s počtem obyvatel ČR. Zaprvé bude využíván průměrný počet pojištěnců, který se liší od počtu pojištěnců k 31. prosinci daného roku a navíc nebudou brány v potaz zdravotní pojišťovny, které například v roce 2007 existovaly, ale postupem času se sloučily s jinými zdravotními pojišťovnami nebo zanikly.

V rámci celé této kapitoly budou použity celkem 3 druhy průměrů. Průměr, což je průměr výsledných hodnot. Vážený průměr, což je klasický vážený průměr. A poslední je průměr odvětví, tato hodnota je dána jako suma jedné veličiny v poměru se sumou druhé veličiny v rámci výpočtu výsledků, čímž dává průměr za celé odvětví zdravotních pojišťoven. Průměr, který je použit pro srovnání v dané tabulce, je zvýrazněn tučně.

Pro účely této diplomové práce byla také snaha o kontakt se zdravotními pojišťovnami, aby zodpověděly některé dotazy. Kladně se k této prosbě postavily RBP, VoZP a ZPŠ. Otázky, které jim byly položeny a jejich odpovědi, které jsou mimochodem velmi zajímavé, naleznete vždy na konci dané tematiky, na které se daná otázka týká.

Na položenou otázku: „**PSPČR neprojednala schválení výročních zpráv za rok 2014, co se bude dít dál?**“, odpověděli z RBP: „Výroční zprávy procházejí schvalovacím procesem po linii správních rad, MZČR, MFČR a vlády, nelze je proto hodnotit jako prosté veřejné kontroly. V několika případech, kdy je PSPČR nestačila schválit, se přitom vzhledem ke značné časové prodlevě usnesla ve zmíněném procesu již nepokračovat.“, z VoZP: „Poslanecká sněmovna schvaluje jak výroční zprávy, tak ZPP se značným zpožděním, v případě neschválení ZPP se jede podle provizoria, pokud není schválena výroční zpráva, tak se myslím nic neděje.“, a ze ZPŠ: „Na běžnou činnost ZPŠ resp. i ostatních zdravotních pojišťoven toto nemá zásadní vliv. Musíme vyčkat, až k tomuto dojde, aniž bychom měli možnost tento proces jakkoliv ovlivnit. Efekt je v zásadě pouze ten, že nemůžeme do té doby zveřejnit VZ jakožto definitivně schválenou, jak nám ukládá zákon. Proto tedy na našich internetových stránkách naleznete pouze odkaz na příslušný sněmovní tisk (č. 643), který je dle informačního systému Poslanecké sněmovny na programu 42. schůze, která bude probíhat od 8. 3. 2016. Vzhledem k tomu, že Zdravotní výbor PSPČR výroční zprávy doporučil výroční zprávy schválit, tak jde spíše o otázku času, kdy k tomu skutečně dojde.“. [32]

4.1 Počet pojištěnců

Teoretické aspekty plátců pojistného a pojištěnců byla uvedena v podkapitole 2.1.1 Plátcí pojistného a pojištěnci. Tato část se zaměřuje na vývoj celkového počtu pojištěnců a státních pojištěnců a výběru pojistného.

4.1.1 Počet pojištěnců a státních pojištěnců

Pojištěnci zdravotních pojišťoven jsou zdrojem příjmů, ale zároveň i výdajů. Nelze říct, že na jednom pojištěnci vydělává, zatímco na jiném může být ztratná. V naší společnosti totiž funguje princip solidarity.

Trend průměrného počtu pojištěnců je takřka u všech zdravotních pojišťoven stejný – rostoucí, jediná VZP se potýká s odlivem pojištěnců. Nejrychleji rostoucí zdravotní pojišťovnou je ČPZP, díky častému slučování se zanikajícími zdravotními pojišťovnami v minulosti. **Pořadí dle průměrného počtu pojištěnců ke dni 31. 12. 2014**, seřazeno **od největší: VZP, ZPMV, ČPZP, OZP, VoZP, RBP, ZPŠ**. Toto pořadí je stejné od roku 2011, předtím bylo ČPZP menší než OZP a VoZP.

Tab. 4.1 Průměrný počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	6 544 825	6 320 753	6 275 839	6 084 931	5 975 170
ČPZP	351 505	468 422	722 700	1 186 460	1 205 872
OZP	654 824	679 041	695 533	704 718	728 722
RBP	363 052	413 848	414 874	418 148	428 627
VoZP	566 865	569 696	587 112	667 970	695 592
ZPMV	1 051 782	1 113 019	1 145 460	1 205 627	1 239 890
ZPŠ	130 639	133 214	135 403	137 673	139 319

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Velmi početnou skupinou pojištěnců jsou tzv. státní pojištěnci neboli pojištěnci, za které je plátcem pojistného stát. Opět bude pro účely práce použit průměrný počet státních pojištěnců.

Tab. 4.2 Průměrný počet pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát jednotlivých zdravotních pojišťoven

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	3 753 846	3 710 302	3 721 582	3 616 273	3 533 194
ČPZP	211 731	282 810	434 264	706 153	714 022
OZP	356 344	381 598	398 263	406 465	423 369
RBP	215 004	246 538	248 654	252 279	258 366
VoZP	282 776	293 109	314 913	368 170	383 734
ZPMV	550 584	600 476	631 985	668 340	685 844
ZPŠ	71 195	76 012	78 207	79 734	80 227

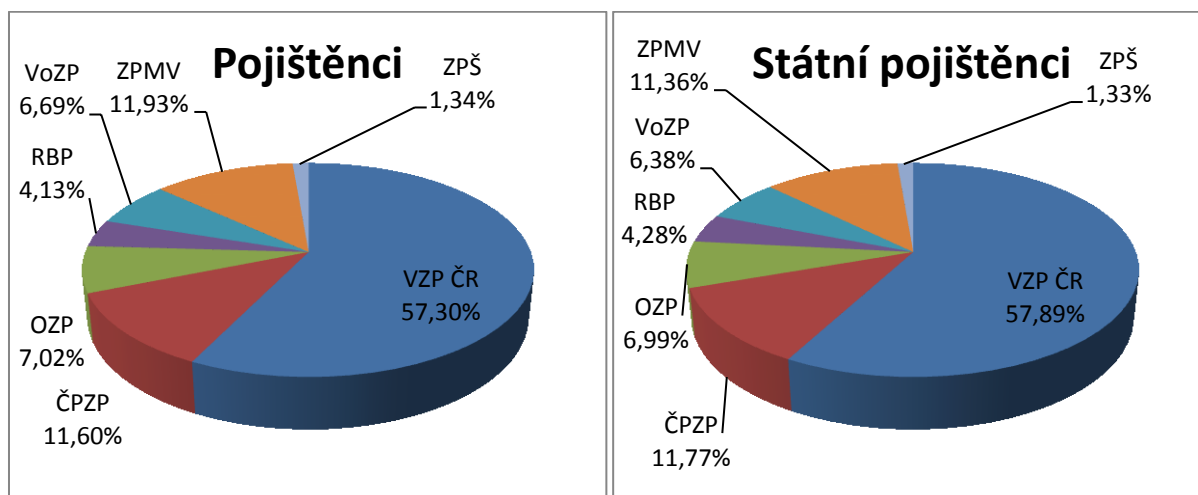
Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Tabulka 4.2 ukazuje úplně stejný trend státních pojištěnců, jako tab. 4.1 s celkovým počtem pojištěnců. **Pořadí dle průměrného počtu státních pojištěnců ke dni 31. 12. 2014** je velmi podobné s pořadím tab. 4.1, seřazeno **od největší: VZP, ČPZP, ZPMV, OZP, VoZP, RBP, ZPŠ**. V roce 2013 je **pořadí stejné**. Jediná odlišnost oproti tab. 4.1 je prohození pořadí ČPZP, zde na 2. pozici, a ZPMV, zde na 3. pozici. ČPZP opět v průběhu času narůstal počet státních pojištěnců, v roce 2007 byla dokonce předposlední v pořadí.

Pro znázornění rozdělení pojištěnců a státních pojištěnců mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny slouží následující *graf 4.1*. Na tomto grafu lze vidět, že rozdělení všech pojištěnců i skupiny tzv. pojištěnců, za které je plátcem zdravotního pojištění stát, je, až na rozdíly maximálně několika desetin procenta, stejné. VZP má pod sebou takřka 60 % všech pojištěnců v ČR, zbylých 40 % si mezi sebe dělí šest ZZP.

Je vidět, že státní pojištěnci tvoří nadpoloviční část, někdy až 60 % z celkového počtu pojištěnců každé zdravotní pojišťovny, trend poměru státních pojištěnců je zpravidla rostoucí, může za to převážně fakt, že populace v ČR stárne a tuto skupinu nejvíce navyšují osoby v důchodovém věku. Část nárůstu mohly také způsobit osoby, které v důsledku ekonomické krize přišly o své zaměstnání nebo podnikání.

Graf 4.1 Procentuální rozdělení pojištěnců a státních pojištěnců mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny ke dni 31. 12. 2014



Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Tab. 4.3 Počet pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát k celkovému počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v procentech k počtu pojištěnců

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	57,356 %	58,700 %	59,300 %	59,430 %	59,131 %
ČPZP	60,236 %	60,375 %	60,089 %	59,518 %	59,212 %
OZP	54,418 %	56,197 %	57,260 %	57,678 %	58,097 %
RBP	59,221 %	59,572 %	59,935 %	60,332 %	60,278 %
VoZP	49,884 %	51,450 %	53,638 %	55,118 %	55,167 %
ZPMV	52,348 %	53,950 %	55,173 %	55,435 %	55,315 %
ZPŠ	54,498 %	57,060 %	57,759 %	57,915 %	57,585 %
Průměr odvětví	56,310 %	57,650 %	58,413 %	58,598 %	58,376 %
Průměr	55,423 %	56,758 %	57,593 %	57,918 %	57,826 %

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

K porovnání zde bude sloužit vypočtený průměr průměrného počtu státních pojištěnců k průměrnému počtu celkového počtu pojištěnců (dle tab. 4.1 a 4.2). Lze vidět, že i tento průměr v čase postupně stoupá směrem k 60 %, ale v roce 2014 poprvé lehce klesl.

Nadprůměrný počet státních pojištěnců ve všech sledovaných letech mají stále VZP, ČPZP a RBP, zde se dají použít oba průměry, u obou budou nadprůměrné zdravotní pojišťovny, tedy VZP, ČPZP a RBP, stejné. Dalo by se očekávat stejné nebo obdobné pořadí jako v případě *tab. 4.1* a *4.2*, jenže se tak neděje. **Pořadí od největšího poměru státních pojištěnců k celkovému počtu pojištěnců k 31. 12. 2014** je tedy následující: **RBP, ČPZP, VZP, OZP, ZPŠ, ZPMV a VoZP**. Pro meziroční srovnání je zde pořadí k **31. 12. 2013**: **RBP, ČPZP, VZP, ZPŠ, OZP, ZPMV a VoZP**. Meziročně si vyměnily pozice ZPŠ s OZP.

4.1.2 Počet pojištěnců na jednoho zaměstnance zdravotní pojišťovny

Nastavit kritérium v této oblasti je poměrně složitá záležitost. Na jedné straně je fakt, že více pojištěnců na jednoho zaměstnance je lepší, jelikož zaměstnanec zvládá více práce a daná zdravotní pojišťovna může ušetřit mzdové náklady na další zaměstnance, na druhé straně stojí názor, že méně pojištěnců na jednoho zaměstnance je prospěšnější, jelikož by to mělo vést k více individuálnímu přístupu a kratšímu čekání pojištěnců v případech vyřizování záležitostí pojištěnců a celkově rychlejšímu postupu práce zaměstnanců. Zde se lze přiklonit k variantě co nejvíce pojištěnců na jednoho zaměstnance, protože tuto zaměstnaneckou oblast lze považovat za více kancelářskou než osobní práci s pojištěnci.

Tab. 4.4 Průměrný počet zaměstnanců jednotlivých zdravotních pojišťoven

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	4 774	4 555	4 327	3 542	3 537
ČPZP	232	499	462	633	632
OZP	324	371	368	376	379
RBP	196	209	209	214	216
VoZP	357	383	387	392	395
ZPMV	632	628	616	573	579
ZPŠ	83	93	92	81	80

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Celkový trend má převážně rostoucí charakter, to znamená, že roste počet pojištěnců na jednoho zaměstnance zdravotní pojišťovny.

V této oblasti srovnání překračují průměr v roce 2007 a 2009 OZP, RBP a ZPMV. V roce 2013 se k nim přidává ČPZP, která má shodný výsledek jako OZP a tato čtveřice zůstane nadprůměrná i v roce 2014. Nejméně pojištěnců připadajících na jednoho

zaměstnanec má za celé sledované období, kromě let 2009 a 2013, VZP. V roce 2009 připadal nejmenší počet pojištěnců na jednoho zaměstnance u ČPZP s hodnotou 939, oproti RBP, u které byla hodnota 1 980, je to více než dvojnásobek ve prospěch RBP.

Tab. 4.5 Počet pojištěnců připadajících na jednoho zaměstnance zdravotní pojišťovny

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	1 371	1 388	1 450	1 718	1 689
ČPZP	1 515	939	1 564	1 874	1 908
OZP	2 021	1 830	1 890	1 874	1 923
RBP	1 852	1 980	1 985	1 954	1 984
VoZP	1 588	1 487	1 517	1 704	1 761
ZPMV	1 664	1 772	1 860	2 104	2 141
ZPŠ	1 574	1 432	1 472	1 700	1 741
Průměr	1 655	1 547	1 677	1 847	1 878

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Celkové pořadí zdravotních pojišťoven podle počtu pojištěnců na jednoho zaměstnance od největšího počtu k 31. 12. 2014 je následující: ZPMV, RBP, OZP, ČPZP, VoZP, ZPŠ a VZP. Pro meziroční srovnání je zde pořadí k 31. 12. 2013: ZPMV, RBP, ČPZP, OZP, VZP, VoZP a ZPŠ. Meziročně si vyměnily místa ČPZP s OZP, VoZP se ZPŠ si polepšily o jednu respektive dvě pozice a VZP si pohoršila o dvě pozice, když spadla z 5. na poslední místo.

4.2 Základní fond zdravotního pojištění

Teoretický základ k ZFZP je uveden v podkapitole 3.1 *Základní fond zdravotního pojištění*. ZFZP je nejdůležitější fond zdravotních pojišťoven, především zobrazuje tvorbu a čerpání, příjmy a výdaje finančních prostředků v rámci zdravotní pojištění. V této rozsáhlé podkapitole bude pokus porovnat jednotlivé zdravotní pojišťovny z pohledu tohoto ZFZP. Jelikož je ZFZP stěžejním fondem zdravotních pojišťoven, bude jeho rozsah a rozbor největší ze všech fondů.

4.2.1 Výběr pojistného

Teoretický základ VZ, pojistného a přerozdělování pojistného na zdravotní pojištění byl rozebrán v podkapitolách 2.1.2 *Vyměřovací základ a pojistné na veřejné zdravotní pojištění* a 2.1.3 *Přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění*.

Pojistné je jediný jistý příjem, který zdravotní pojišťovny mají. Přijaté pojistné slouží nejen k zajištění úhrady zdravotní péče, ale také k jejich chodu. Data pro výběr pojistného po přerozdělení v *tab. 4.6* vychází z výročních zpráv z tabulky „A“ ZFZP a tvoří jej předpis pojistného. Údaj z tabulky „B“ ZFZP o příjmu z výběru pojistného se o moc neliší. Budou použity údaje z tabulek „A“, jelikož příjmy tabulek „B“ se ukazují se zpožděním (např. předpis za prosinec se může zaplatit až v lednu následujícího roku).

Jak ukazuje *tab. 4.6*, tak kromě rostoucího počtu pojištěnců, roste i pojistné po přerozdělení. Ačkoliv by se mohlo zdát, že v období ekonomické krize se budou klesající příjmy týkat i zdravotních pojišťoven, není tomu tak. Jednou z možností, proč tomu tak není, může být samozřejmě pravidelný růst minimálního VZ u OSVČ, minimálního pojistného státních pojištěnců, růst minimální mzdy u zaměstnanců (viz *přílohy č. 1 – 4* této práce), což dokládá i *tab. 4.7*, a každoročně se měnící nákladové indexy. Ztráty z propuštěných zaměstnanců a ukončených podnikání OSVČ tedy mohla vykrýt tato umělá navýšení ze strany státu.

Nárůst výběru pojistného po přerozdělení je největší nikoli u VZP, ale u ČPZP a to přes 18,5 mld. Kč, nejmenší je u ZPŠ v hodnotě přes 0,5 mld. Kč. V procentech je nárůst výběru pojistného největší právě u ČPZP a to necelých 317 %, nemenší nárůst je u VZP, zhruba 9,8 %. Růst u ostatních zdravotních pojišťoven je v rozmezí 19,6 % až 38,7 %.

Tab. 4.6 Výběr pojistného po přerozdělení v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	137 751 964	146 972 000	142 490 684	144 104 831	148 992 560
ČPZP	6 239 848	8 600 505	13 703 833	23 249 073	24 752 941
OZP	11 169 322	12 396 137	13 007 010	13 793 476	14 870 717
RBP	5 844 800	6 919 539	7 565 714	7 691 004	8 600 182
VoZP	10 443 483	10 518 290	11 588 833	13 901 819	14 893 382
ZPMV	18 241 115	20 370 131	21 929 706	24 205 563	26 405 589
ZPŠ	2 478 485	2 623 604	2 787 935	2 958 099	3 101 053

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Pořadí dle výběru pojistného po přerozdělení od největšího k 31. 12. 2014 je následující: **VZP, ZPMV, ČPZP, VoZP, OZP, RBP a ZPŠ**. V roce **2013** bylo **pořadí stejné**.

Tabulka 4.7 vychází z údajů výročních zpráv z tabulky „C“, která doplňuje tabulku „B“ výročních zpráv. V *tab. 4.6 a 4.7* je jasně viditelný rozdíl mezi VZP a ostatními zdravotními pojišťovnami. V roce 2014 byla hodnota pojistného po přerozdělení u VZP skoro 62 % z celkového objemu. Situace je obdobná i v případě příjmů z výběhu pojistného od zaměstnavatelů, OSVČ a dalších pojištěnců. V roce 2014 VZP vybrala takřka 55 % z veškerého pojistného od těchto skupin.

Za zmínku určitě také stojí zajímavost, že OZP ve sledovaných letech pokaždé odváděla vybrané pojistné, a to v rozmezí 1,796 mld. Kč (2014) až 2,781 mld. Kč (2007) do systému přerozdělení zdravotního pojištění. OZP v tomto doplnila také ZPMV, ovšem pouze v letech 2007 a 2009 s hodnotami 643 mil. Kč, respektive necelých 886 mil. Kč. OZP tedy pravidelně odvádí do systému přerozdělení a nic z něj nezískává, což lze vidět i při srovnání v *tab. 4.6 a 4.7*, kdy OZP více vybere, ale v rámci přerozdělování je její hodnota nižší.

Tab. 4.7 Příjmy z výběru pojistného od zaměstnavatelů (včetně odvodu od zaměstnanců), OSVČ, dalších pojištěnců (např. OBZP) a neidentifikovatelných v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	89 369 713	91 302 854	93 257 990	95 340 934	98 110 400
ČPZP	4 374 115	6 230 538	10 243 053	17 387 474	18 225 747
OZP	13 815 083	14 281 420	15 029 141	15 898 857	16 518 190
RBP	4 324 606	5 141 305	5 595 002	5 763 286	5 998 461
VoZP	10 004 831	10 216 953	10 466 683	11 688 281	12 373 113
ZPMV	18 656 822	20 814 681	21 417 868	23 125 797	24 392 422
ZPŠ	2 294 988	2 397 504	2 589 382	2 876 244	2 990 149

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Bude se tedy pořadí za příjmy z vybraného pojistného rovnat s pořadím výběru pojistného po přerozdělení? V této oblasti je **pořadí k 31. 12. 2014, od největšího výběru pojistného** následující: **VZP, ZPMV, ČPZP, OZP, VoZP, RBP a ZPŠ**. V roce **2013** bylo **pořadí stejné**. Na předchozí otázku je tedy nutno odpovědět záporně. Pořadí je stejné až na OZP, která zde působí na 4. pozici, ale v rámci přerozdělování se přesune na 5. pozici, kterou si vymění s VoZP.

Tab. 4.8 Výběr pojistného po přerozdělení na pojištěnce v Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	21 047,46	23 252,29	22 704,64	23 682,25	24 935,28
ČPZP	17 751,80	18 360,59	18 961,99	19 595,33	20 527,01
OZP	17 056,98	18 255,36	18 700,78	19 573,04	20 406,57
RBP	16 099,07	16 720,00	18 236,17	18 393,02	20 064,49
VoZP	18 423,23	18 462,99	19 738,71	20 812,04	21 411,09
ZPMV	17 343,06	18 301,69	19 144,89	20 077,16	21 296,72
ZPŠ	18 972,01	19 694,66	20 589,91	21 486,41	22 258,65
Průměr odvětví	19 886,08	21 489,00	21 356,66	22 094,40	23 202,92
Průměr	18 099,09	19 006,80	19 725,30	20 517,04	21 557,12

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Tabulka 4.8 vychází z údajů tab. 4.1 Průměrný počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven za sledované období a 4.6 Výběr pojistného po přerozdělení v tis. Kč této práce. Nyní si díky tab. 4.8 lze udělat představu o tom, kolik každý pojištěnec průměrně své zdravotní pojišťovně přinese finančních prostředků.

Trend výběru je všeobecně rostoucí. Největší výběr má během sledovaného období pokaždé VZP. Nejnižší výběr pojistného po přerozdělení na pojištěnce měla RBP. Největší nárůst pojistného na pojištěnce má paradoxně RBP o necelé 4 000 Kč, nejnižší ČPZP okolo 2 800 Kč. Nad průměrné příjmy z výběru pojistného na pojištěnce mají po všechny sledované roky VZP, ZPŠ a VoZP. VoZP ovšem v roce 2014 z této trojice vypadává, jelikož výběr pojistného na pojištěnce jí poklesne o více než 100 Kč pod průměr. Průměr odvětví překonává pouze VZP. Zvláštností je také, že VZP má pravidelně vyšší výběr pojistného po přerozdělení na pojištěnce zhruba o více než 2 000 Kč od další zdravotní pojišťovny v pořadí. **Pořadí od největšího průměrného výběru na pojištěnce k 31. 12. 2014 je: VZP, ZPŠ, VoZP, ZPMV, ČPZP, OZP a RBP. V roce 2013 bylo pořadí stejné.**

Na položenou otázku: „*Lze nějak zjistit, kolik zdravotní pojišťovna dostala za státní pojištěnce, nebo jsou peníze na ně schovány v balíku z přerozdělování?*“, odpověděli z RBP: „*Jsou v „balíku“ a pro jednotlivou pojišťovnu nemá smysl je vyčíslovat.*“, z VoZP: „*Výroční zprávy ZFZP A.II.2.*“, a ze ZPŠ: „*Výše platby za státem hrazené pojištěnce je dána zákonem za každého pojištěnce, za kterého je plátcem stát. Prostředky za státem hrazené pojištěnce spolu s příjmy z pojistného v celém systému zdravotního pojištění podléhají tzv. přerozdělování dle zákona. Pojištěnci jsou dle pohlaví a věkových skupin (po 5 letech) za pomoci věkových indexů přepočtení na standardizované pojištěnce. Zjednodušeně se dá říct, že v daném měsíci na každou osobu v dané věkové skupině a pohlaví získá každá*

pojišťovna stejný příjem. Tzn. výše příjmů je závislá na věkové struktuře a pohlaví pojištěnců, dalším vlivem jsou ještě zvláště nákladné zdravotní služby, které jsou stanoveným způsobem kalkulovány a finančně vypořádávány po skončení roku.“. [32]

4.2.2 Náklady na zdravotní péči

Primární funkcí zdravotních pojišťoven je hradit poskytnutou zdravotní péči, kterou provedou zdravotnická zařízení pro pacienty (pojištěnce). Je to zároveň největší zátěž pro zdravotní pojišťovny z finančního pohledu. Veškerá činnost týkající se úhrad zdravotní péče spadá pod výdaje ZFZP.

Z tab. 4.9 je viditelný pravidelný růst výdajů na zdravotní péči u všech zdravotních pojišťoven. Největší rozdíly za sledované období zaznamenaly VZP s 19 mld. Kč a nejmenší ZPS se zhruba 860 mil. Kč. V případě VZP činí toto zvýšení o „pouhých“ 15,65 %, ale například takové ČPZP zažila nárůst o 353,55 %. Ostatní zdravotní pojišťovny zaznamenaly růst výdajů v rozmezí 38,6 % až 75,5 % za sledované období. Nárůst nákladů je vyšší než nárůst příjmů z výběru pojistného po přerozdělení a to nejen v absolutní, ale také v procentní výši. **Pořadí zdravotních pojišťoven k 31. 12. 2014, seřazeno od zdravotní pojišťovny s největšími výdaji: VZP, ZPMV, ČPZP, VoZP, OZP, ZPŠ a RBP.** Pro meziroční srovnání je zde pořadí k 31. 12. 2013: VZP, ZPMV, ČPZP, OZP, VoZP, ZPŠ a RBP. Meziročně si vyměnily pozice OZP s VoZP.

Tab. 4.9 Výdaje na zdravotní péči v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	122 455 271	138 152 464	140 655 574	140 599 689	141 621 167
ČPZP	5 267 935	7 970 720	13 816 109	21 859 484	23 892 800
OZP	10 115 449	12 274 666	12 714 964	12 968 967	14 020 229
RBP	4 744 312	6 478 968	7 172 910	7 459 205	8 326 414
VoZP	9 142 063	10 807 349	11 502 940	12 633 238	14 234 101
ZPMV	15 732 377	19 375 625	21 219 744	23 474 871	25 868 443
ZPŠ	2 104 125	2 609 205	2 703 694	2 825 354	2 963 297

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Celkem problematické je, že nelze zjistit, kolik prostředků bylo vynaloženo na péči tzv. nákladných pojištěnců, určitě by tato totiž informace pomohla více rozklíčovat, zda a v jaké míře dokážou ovlivnit tuto oblast výdajů. Existují pojištěnci, kteří chodí k lékařům

maximálně na preventivní prohlídky a naopak existují pojištěnci, jejichž léčba nemoci mnohdy stojí desítky milionů korun za rok. Rozklíčování těchto nákladných pojištěnců by se zajisté projevilo i v následující *tab. 4.10*, jelikož se jejich nákladná péče musí rozložit mezi všechny pojištěnce.

Tab. 4.10 Náklady na zdravotní péči na pojištěnce v Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	18 745	22 163	22 765	22 831	23 947
ČPZP	15 487	17 900	18 831	18 539	20 476
OZP	16 229	18 143	18 286	18 412	19 414
RBP	13 287	16 064	17 343	18 276	19 767
VoZP	16 316	19 263	19 720	19 155	20 722
ZPMV	15 350	17 707	18 570	19 509	21 065
ZPŠ	16 537	19 704	19 949	20 272	21 719
Vážený průměr	17 709,10	20 699,81	21 243,28	21 204,56	22 467,38
Průměr	15 993,00	18 706,29	19 352,00	19 570,57	21 015,71

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Tabulka 4.10 vychází z údajů, které zveřejnily zdravotní pojišťovny ve svých výročních zprávách, kde přímo vyčíslily náklady na zdravotní péči na jednoho pojištěnce. Tato tabulka potvrzuje růst výdajů na zdravotní péči z *tab. 4.9*. Nejvíce narostly náklady na pojištěnce RBP, zhruba o 6 500 Kč. V předchozí podkapitole se ukázalo, že také u RBP nejvíce vzrostly i příjmy na pojištěnce, jenže nárůst příjmů byl pouze 4 000 Kč. Nejnížší nárůst nákladů zaznamenala OZP, okolo 3 200 Kč.

Zde lze vidět problém s průměrem a váženým průměrem. Tím, že VZP má skoro 60 % veškerých pojištěnců, tak její hodnoty dokážou ovlivnit vážený průměr. Z tohoto důvodu bude použit pro srovnání klasický průměr mezi hodnotami všech zdravotních pojišťoven. Nadprůměrné náklady mají v roce 2007 VZP, ZPŠ, OZP a VoZP. V roce 2009 vypadlo OZP, v roce 2013 VoZP. V roce 2014 mají tedy nadprůměrné náklady na zdravotní péči na pojištěnce pouze VZP a ZPŠ.

Stejně jako v předchozí podkapitole má VZP „náskok“ i ve velikosti nákladů na pojištěnce oproti další zdravotní pojišťovně v pořadí o to o více než 2 000 Kč. **Pořadí zdravotních pojišťoven od největších nákladů na zdravotní péči na pojištěnce k 31. 12. 2014** je následující: **VZP, ZPŠ, ZPMV, VoZP, ČPZP, RBP a OZP**. V roce 2007 mělo OZP 3. největší průměr nákladů na pojištěnce a v roce 2014 ho má nejnížší.

Pro meziroční srovnání je zde pořadí k **31. 12. 2013: VZP, ZPŠ, ZPMV, VoZP, ČPZP, OZP a RBP**. Meziročně si tedy RBP s OZP vyměnily pozice.

Zároveň by v této části práce bylo vhodné zmínit se o v médiích často vyskytující informaci o nejdražších pojištěncích zdravotních pojišťoven. Několikrát se proti zveřejňování těchto informací ozvaly pacientské organizace sdružující občany s nemocemi. Z důvodu, že někdy lidé poznali dotyčného ve svém okolí a vyčítali mu, kolik jeho léčba stojí. Pravidelně se na prvních příčkách usazují hemofilici⁸. Společně s dalšími pojištěnci, kteří trpí poruchami metabolismu a jinými velmi závažnými nemocemi, jsou nejnákladnějšími pojištěnci. Sám jsem hemofilik a vím, co daná nemoc obnáší.

Například v roce 2012 byly celkové náklady na péči nejdražšího pojištěnce (hemofilika) 53 751 836 Kč, z toho 48,5 mil. Kč (90,23 %) tvořily pouze léky [21].

V roce 2013 byly celkové náklady na péči nejdražšího pojištěnce (opět hemofilika) 46 007 862 Kč, z toho 43 015 003 Kč (93,49 %) tvořily pouze léky [22].

V roce 2014 byly celkové náklady na péči nejdražšího pojištěnce (opět hemofilika) 22 580 298 Kč, z toho 22 514 213 Kč (99,71 %) tvořily pouze léky [20]. Stejnou informaci podala i VZP, která také vyčíslila celkové náklady na 20 nejdražších pojištěnců a to za rok 2012 na 281 156 868 Kč, za rok 2013 na 286 403 080 Kč (+ 1,87 %) a za rok 2014 na 302 445 215 Kč (+ 5,6 % oproti roku 2012 a +7,57 % oproti roku 2013) [29].

V průměru VZP za jednoho hemofilika nebo pojištěnce s von Willebrandovou chorobou⁹ zaplatí 270 tis. Kč ročně, za rok 2014 zaplatila za léčbu těchto pojištěnců skoro 470 mil. Kč [19].

Veškerá tato čísla nejsou zanedbatelná a s velkou pravděpodobností, ne-li stoprocentní, způsobují nejvyšší hodnotu nákladů na zdravotní péči v přepočtu na jednoho pojištěnce u VZP.

Obdobné zkušenosti má i ČPZP. V roce 2012 zaplatila za 10 svých nejnákladnějších pojištěnců více než 73 mil. Kč, v roce 2013 bezmála 83 mil. Kč a v roce 2014 téměř 104 mil. Kč. Není překvapením, že nejdražším pojištěncem byl v roce 2014 u ČPZP opět hemofilik, jehož léčba stála více než 24,44 mil. Kč, což bylo dokonce více, než zaplatila VZP

⁸ Hemofilie způsobuje poruchu srážlivosti krve, jelikož pacientům chybí některý ze srážecích faktorů, nejčastěji F VIII a F IX.

⁹ Podobná nemoc jako hemofilie, způsobuje ji nedostatek tzv. von Willebrandova faktoru.

za svého nejdražšího pojištěnce. Pojištěnec ČPZP se zároveň se stal nejdražším pojištěncem v celé ČR za rok 2014. [24]

Informace o nejnákladnějších pojištěncích zveřejňují také i jiné zdravotní pojišťovny. Například v roce 2014 u ZPŠ byl nejnákladnější pacient s infantilní hypofosfatázií, která je v ČR zcela unikátní a jeho léčba stála přes 13 mil. Kč. Nejnákladnější pojištěnec OZP stál více než 12 mil. Kč a u ZPMV více než 17 mil. Kč. [19]

Na položenou otázku: **„Myslíte si, že platí všechny zdravotní pojišťovny za úkony stejně (díky existenci úhradových vyhlášek), nebo vše ošetřují smluvně a dokonce mohou jít tzv. „pod cenu“?“**, odpověděli z RBP: *„Zákon o veřejném zdravotním pojištění i úhradová vyhláška upřednostňují vzájemná smluvní ujednání poskytovatelů zdravotních služeb se zdravotními pojišťovnami. V případech, kdy k takové dohodě nedojde, se postupuje dle ustanovení této vyhlášky; k platbám „pod cenu“ (pokud správně chápu jejich význam) by tak v praxi nemělo docházet.“*, z VoZP: *„Neplatí stejně, zákon umožňuje rozdíly a zároveň jsou různé způsoby úhrad.“*, a ze ZPŠ: *„Jednotlivé zdravotní výkony mají své bodové ohodnocení stejné pro všechny zdravotní pojišťovny. Pokud by tedy probíhala úhrada jednoduchým způsobem dle výkonů, pak by úhrada byla stejná. Vzhledem k legislativně stanoveným regulovaným způsobům úhrad, které jsou matematicky složité, mohou být úhrady jednotlivých výkonů při konečném ročním vyúčtování odlišné. Tímto způsobem probíhá úhrada ambulantní péče. V hospitalizační péči se o srovnatelnou úhradu snaží ZPŠ již několik let, a to formou úhrady za případový paušál, ale i v této části zdravotních služeb dochází k regulacím celkových úhrad dle legislativně stanovených parametrů, které upravují konečnou výši úhrady. Co se týká sjednávání ekonomicky výhodnějších cen nebo tzv. balíčků, tak ZPŠ tyto aktivity využívá při dojednávání cen nakupované péče, u které tvoří cenu z větší části materiál a kde lze dohodnout výhodné a ekonomicky přijatelné úhrady.“*.

Na další otázku: **„Jaký je počet pojištěnců u vaší zdravotní pojišťovny s nákladnou péčí a celková hodnota výdajů na nákladnou péči?“**, odpověděli z RBP: *„Následující údaje se vztahují k roku 2014, tedy doposud poslednímu období s kompletními výsledky. Počet pojištěnců s nákladnou péčí činil u RBP 2503 osob. Celkové náklady na tuto péči představovaly 799.348 tis. Kč. Podle pravidel přerozdělování vybraného pojistného příslušná pojišťovna uplatňuje 80 % těchto celkových nákladů vůči celkovému objemu přerozdělovaných prostředků.“*, z VoZP: *„Počet je za rok 2014 myslím kolem 4200 a náklady kolem 2,7 mld. Kč.“*, a ze ZPŠ: *„Nákladné pojištěnce samozřejmě sledujeme, protože mohou a mají vliv na financování hrazených služeb. V roce 2015 bylo s náklady přesahujícími částku*

0,5 mil. Kč léčeno celkem 369 pojištěnců s celkovými náklady 390 mil. Kč. S náklady přesahujícími 1 mil. Kč se v roce 2015 léčilo celkem 111 pojištěnců s celkovými náklady 208 mil. Kč a s náklady nad 2 mil. Kč se v roce 2015 léčilo 35 pojištěnců s náklady 106 mil. Kč.“ [32]

4.2.3 Rozdíl mezi výběrem pojistného po přerozdělení a nákladem na zdravotní péči na jednoho pojištěnce

V předcházejících dvou podkapitolách byla řešena příjmová a hlavní výdajová stránka ZFZP. V této podkapitole se bude zaměřeno na rozdíl výběru pojistného a nákladů na zdravotní péči v přepočtu na jednoho pojištěnce.

Z tab. 4.11, která je rozdílovou tabulkou tab. 4.8 Výběr pojistného po přerozdělení na pojištěnce v Kč a 4.10 Náklady na zdravotní péči na pojištěnce vyjádřené v Kč lze vidět, že celkový trend u jednotlivých zdravotních pojišťoven je stejný – klesající. Zvláštností jsou dokonce záporné hodnoty, kdy zdravotní pojišťovny musely „ze svého“ platit zdravotní péči pojištěncům. Tato situace v tab. 4.11 má tři výskyty, u VoZP a ZPŠ shodně v roce 2009 a u VZP v roce 2011. Pro lepší přehlednost je zde graf 4.2.

Tab. 4.11 Rozdíl mezi výběrem pojistného po přerozdělení a nákladů na zdravotní péči na pojištěnce v Kč

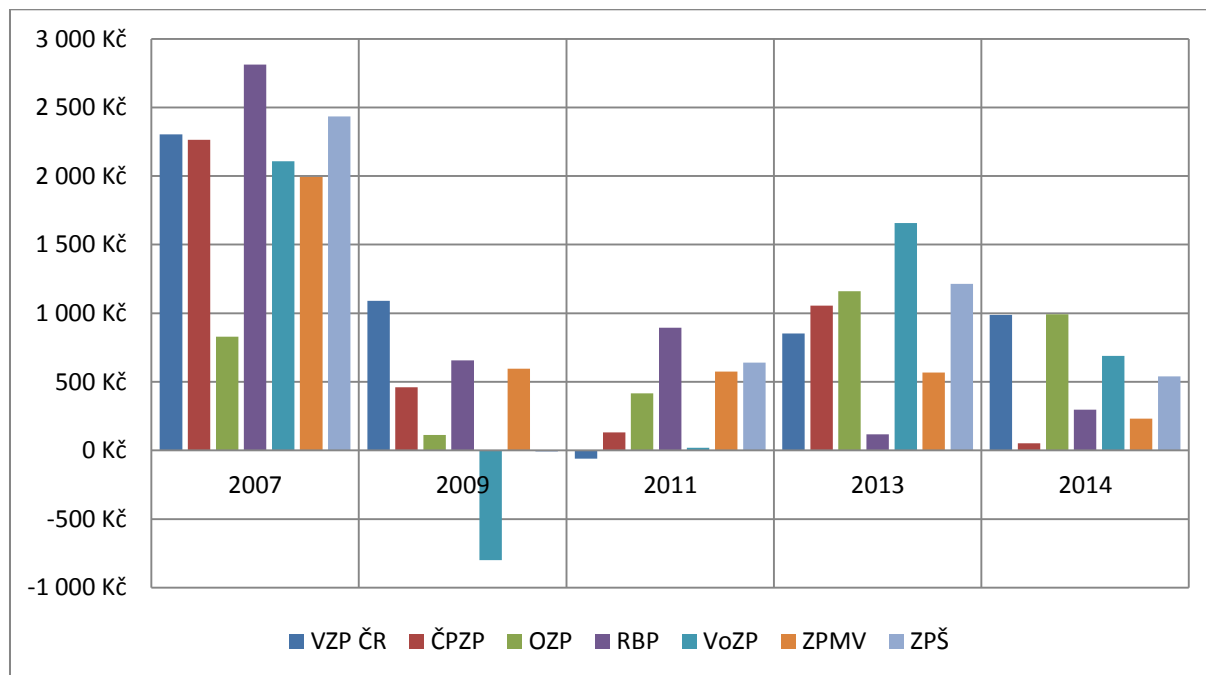
	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	2 302,46	1 089,29	-60,36	851,25	988,28
ČPZP	2 264,80	460,59	130,99	1 056,33	51,01
OZP	827,98	112,36	414,78	1 161,04	992,57
RBP	2 812,07	656,00	893,17	117,02	297,49
VoZP	2 107,23	-800,01	18,71	1 657,04	689,09
ZPMV	1 993,06	594,69	574,89	568,16	231,72
ZPŠ	2 435,01	-9,34	640,91	1 214,41	539,65
Vážený průměr	2 176,99	789,19	113,38	889,84	735,54
Průměr	2 114,95	300,51	373,30	946,46	541,40

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

V podkapitolách 4.2.1 a 4.2.2 se zjistilo, že nárůst nákladů na zdravotní péči na pojištěnce byl větší než výběr pojistného po přerozdělení na pojištěnce. Tab. 4.11 a z ní vycházející graf 4.2 tuto skutečnost potvrzují. Všechny zdravotní pojišťovny zažívají propad do roku 2011, následně se situace u každé zdravotní pojišťovny vyvíjí jinak. Zajímavostí je,

že OZP jako jediná má hodnotu rozdílu z roku 2014 lepší oproti roku 2007. V průběhu času u jednotlivých zdravotních pojišťoven probíhal také dílčí růst nebo pokles. Z důvodu těchto výkyvů bude zaměření na každou zdravotní pojišťovnu zvlášť.

Graf 4.2 Rozdíl mezi výběrem pojistného po přerozdělení a nákladů na zdravotní péči na pojištěnce v Kč



Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

VZP zaznamenala do roku 2011 propad, až do záporných hodnot (-60,36 Kč), o 2 363 Kč (-102,62 %) na pojištěnce. V roce 2011 klesl výnos pojistného po přerozdělení na pojištěnce dokonce pod hodnotu roku 2009, ovšem náklady stále rostly. Následně až do roku 2014 roste díky většímu výběru pojistného po přerozdělení, až se vrátí zpět do kladných čísel o 1 049 Kč na pojištěnce (+1737,4 %). V porovnání s rokem 2007 má v roce 2014 o 1 314 Kč na pojištěnce méně (42,92 % původní hodnoty z roku 2007).

ČPZP zaznamenala také propad do roku 2011 a to o 2 134 Kč (-94,22 %) na pojištěnce. Zde byl problém rychlejší nárůst nákladů na zdravotní péči oproti příjmům z pojistného po přerozdělení. Rok 2013 je oproti roku 2011 lepší o 925 Kč (+706,4 %). Zde mohla být příčina schovaná za snížením nákladů na zdravotní péči a zvýšení příjmů z pojistného po přerozdělení. Pak nastal rok 2014 s dalším poklesem, který ČPZP přiblížil nulovému rozdílu (pokles o 1 005 Kč (-95,17 %)). Opětovný pokles v roce 2014 zapříčinil

skokový růst nákladů na zdravotní péči na pojištěnce. V porovnání s rokem 2007 má v roce 2014 o 2 214 Kč na pojištěnce méně (2,25 % původní hodnoty z roku 2007).

OZP měla v roce 2009 pokles oproti roku 2007 o 716 Kč na pojištěnce (-86,43 %). Problémem bylo opět skokové zvýšení nákladů na zdravotní péči. Poté nastává období růstu až do roku 2013 (přírůstek o 1 049 Kč (+933,34 %)). V tomto období se OZP podařilo udržet náklady na zdravotní péči zhruba ve stejné míře, zatímco výběr z pojistného po přerozdělení rostl. V roce 2014 nastává mírný pokles rozdílu o 169 Kč (-14,51 %). V porovnání s rokem 2007 má OZP v roce 2014 o 165 Kč na pojištěnce více (119,88 % původní hodnoty z roku 2007).

Situace u RBP byla jako na houpačce, jedno sledované období pokles, další sledované období růst a tak to pokračovalo. Nejsilnější pokles rozdílu v absolutní míře nastává mezi lety 2007 a 2009 a to o 2 156 Kč (-76,67 %). V roce 2011 se situace oproti roku 2009 zlepšila o 237 Kč (+36,15 %), v roce 2013 oproti roku 2011 se rozdíl snížil o 776 Kč (-89,9 %) a nakonec v roce 2014 se hodnota rozdílu vylepšila o 180 Kč (+ 154,22 %). V porovnání s rokem 2007 má v roce 2014 o 2 515 Kč na pojištěnce méně (10,58 % původní hodnoty z roku 2007).

VoZP zaznamenala největší rozdíl a navíc až do záporných čísel (-800,01 Kč) v rozmezí let 2007 – 2009, pokles činil 2 907 Kč (-137,97 %). Zatímco příjmová stránka se v tomto období až na zhruba 40 Kč nezměnila, nákladová stránka vzrostla skoro o 3 000 Kč. Následovalo období růstu až do roku 2013, kdy se rozdíl pozvedl o 2 457 Kč (+307,13 %). Zde se situace obrátila. Zatímco náklady se zvýšily o pár stovek korun, příjem z výběru pojistného po přerozdělení vzrostl o skoro 2 500 Kč. V posledním období mezi lety 2013 a 2014 došlo k opětovnému poklesu rozdílu o 968 Kč (-58,42 %). V porovnání s rokem 2007 má v roce 2014 o 1 418 Kč na pojištěnce méně (32,7 % původní hodnoty z roku 2007).

Situace u ZPMV, jako jediné zdravotní pojišťovny, je postupně klesající za celé sledované období mezi roky 2007 a 2014. Nevyskytuje se u ní žádný výkyv. Nejrychlejší propad zaznamenala mezi roky 2007 a 2009. V tomto období klesl rozdíl o 1 398 Kč, což tvoří 70,16 % hodnoty z roku 2007. V porovnání s rokem 2007 má v roce 2014 o 1 761 Kč na pojištěnce méně (11,63 % původní hodnoty z roku 2007).

U ZPŠ se opakuje stejná situace jako u VoZP. V období 2007 – 2009 pokles do záporných hodnot, v letech 2009 – 2013 nárůst a mezi lety 2013 a 2014 opět pokles. V roce 2009, kdy hodnota nákladů na zdravotní péči vzrostla o více než 3 000 Kč, se snížila

rozdíl na zápornou hodnotu (-9,34 Kč) o 2 444 Kč (-100,38 %). Následně v období 2009 až 2013, díky růstu výběru pojistného po přerozdělení, vzroste rozdíl o 1 224 Kč (+13 097,72 %). V posledním období, mezi roky 2013 a 2014, opět rozdíl poklesne a to o 675 Kč (-55,56 %). V porovnání s rokem 2007 má v roce 2014 o 1 895 Kč na pojištění méně (22,16 % původní hodnoty z roku 2007).

Nyní by bylo vhodné shrnutí a srovnání výsledků uvedených výše. Největší celkový propad (rozdíl mezi lety 2007 a 2014) v absolutních hodnotách zažila RBP (-2 515 Kč), v procentním vyjádření největší celkový propad zaznamenala ČPZP (pouze 2,25 % původní hodnoty z roku 2007), nejmenší propad jak v absolutních hodnotách, tak i v procentním vyjádření měla VZP (-1 314 Kč, respektive 42,92 % původní hodnoty z roku 2007). OZP si celkově nepohoršila, ale naopak polepšila o 165 Kč na pojištění, což je 119,88 % původní hodnoty z roku 2007.

Pořadí zdravotních pojišťoven od největšího kladného rozdílu výběru pojistného na pojištění a nákladů na zdravotní péči na pojištění k 31. 12. 2014 je následující: **OZP, VZP, VoZP, ZPŠ, RBP, ZPMV a ČPZP**. Pro srovnání zde je i pořadí k **31. 12. 2007**: **RBP, ZPŠ, VZP, ČPZP, VoZP, ZPMV a OZP**. Jelikož OZP, jako jediné zdravotní pojišťovně vzrostl rozdíl, tak se díky tomu posunula z poslední na první příčku pořadí. Pro meziroční srovnání přidávám také pořadí k **31. 12. 2013**: **VoZP, ZPŠ, OZP, ČPZP, VZP, ZPMV a RBP**. Meziročně si pohoršily VoZP a ZPŠ shodně o dvě pozice a ČPZP o tři, naopak polepšily si OZP a RBP o dvě pozice, VZP o tři.

4.2.4 Jsou státní pojištěnci výhodou pro zdravotní pojišťovnu?

Na tuto otázku není jednoduché odpovědět. Má vůbec smysl se touto otázkou zabývat? Žijeme ve společnosti, jejíž systém (zdravotní a sociální zabezpečení) je založen na solidaritě. Přesto bychom se mohli touto problematikou alespoň okrajově zabývat.

Typ pojištěnců, za které je plátcem zdravotního pojištění stát jsou uvedeni v podkapitole *2.1.1 Plátcí pojistného a pojištěnci*. Jak vidno, jsou mnohými považováni, a to i lidmi mimo obor zdravotnictví, za poměrně nákladné skupiny (především děti a důchodci). Osobně neznám malé dítě, které by nebylo pravidelně nemocné a osobu v pokročilém věku, která by denně nebrala alespoň pár různých léků na nemoci, které ji trápí.

Státních pojištěnců mají zdravotní pojišťovny zhruba necelých 60 % z celkového počtu pojištěnců, což dokládá i podkapitola 4.1.1 *Počet pojištěnců a státních pojištěnců*. Navíc z podkapitoly 4.2.1 *Výběr pojistného* vyplývá, že skupina zaměstnanců, OSVČ a OBZP vytváří podstatnou část výběru pojistného. Zbytek, označován jako pojistné ze systému přerozdělení, tvoří pojistné za státní pojištěnce, náhrady nákladné péče a další platby ze systému přerozdělení. Zároveň podkapitola 2.1.2 *Vyměřovací základ a pojistné na zdravotní pojištění* ukázala, že od letošního ledna tvoří měsíční pojistné u této skupiny pojištěnců základní částka 870 Kč měsíčně. Tudíž ve srovnání se zaměstnanci a OSVČ částka ne až natolik výrazná. Vše lze ovlivnit právě v rámci přerozdělení díky tzv. nákladovým indexům určujícím koeficient pro přerozdělování pojistného, které u starších osob výrazně stoupají. [17]

Nyní, když je potřeba podívat se na nákladovou stránku státních pojištěnců, vyvstává podstatný problém. Takové informace se nikde neuvádějí. Když se na vše použije logický pohled, tak u státních pojištěnců je poměrně nízké pojistné a lze předpokládat větší náklady na zdravotní péči než výběr pojistného. Na druhou stranu, zaměstnanci a OSVČ odvádí větší odvody a určitě jsou náklady na jejich zdravotní péči nižší než vybrané pojistné. Samozřejmě se mohou na obou stranách objevit výjimky.

Můj názorem na otázku v názvu podkapitoly je negativní. Určitě nejsou výhodní, jejich existence pro zdravotní pojišťovnu může maximálně být neutrální. Zajímavý by mohl být pohled na tuto otázku z pohledu zdravotních pojišťoven, které mají k dispozici více informací, údajů a časových řad než my v této práci.

Na položenou otázku: „*Považujete státní pojištěnce za výhodné?*“, odpověděli z RBP: „*Příslušnost ke skupině státních pojištěnců nemá při stoprocentním přerozdělování pro jejich zdravotní pojišťovnu prakticky žádný význam; snad jen ten, že za ně nenastává potřeba vymáhání dlužného pojistného.*“, z VoZP: „*Peníze, co pojišťovny dostávají za pojištěnce, se počítají podle nákladových indexů, pojišťovně tedy příliš nezáleží, zda jde o státního pojištěnce, nebo vysoko-příjmového zaměstnance. Nejvýhodnější jsou pojištěnci ve vyšším věku, zdraví, zdravotní péči čerpající co nejméně. Na webu je nicméně vývoj platby státu.*“, a ze ZPŠ: „*Stát hradí za pojištěnce, o kterých pojišťovna má informaci, že splňují podmínku, že za ně má být hrazeno státem. Pokud pojištěnec nesplní oznamovací povinnost a nesdělí včas, že je za něho plátcem pojistného stát nelze nárok na platbu nárokovat zpětně (pouze 3 měsíce). Stát platbu hradí v zákonem stanoveném termínu, nevzniká zde dluh, ale částka pojistného je významně nižší než v ostatních kategoriích plátců, přičemž náklady na zdravotní*

služby čerpané pojištěnci, za něž hradí stát, jsou vyšší než příjem za ně. Na tom je však postaven solidární systém veřejného zdravotního pojištění, nelze tedy postavit otázku tak, zda považujeme státní pojištěnce za výhodné či nikoliv.“. [32]

4.2.5 Opravné položky k pohledávkám ze zdravotního pojištění

Tato podkapitola se bude zabývat poměrem opravných položek vztahujících se k pohledávkám ze zdravotního pojištění. Tyto údaje nejsou uvedeny v rámci údajů ZFZP, ale v rozvahách zdravotních pojišťoven. Tyto pohledávky jsou největším poměrem zastoupeny pohledávkami za plátcí pojistného.

Zajímavostí je, že je začaly zdravotní pojišťovny vykazovat až od roku 2010 (pro naše srovnání od roku 2011). Stalo se tak, dle mého názoru, díky novele vyhlášky č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o účetnictví, pro zdravotní pojišťovny. Paragraf 21 odst. 2 vyhlášky stanovuje vytvoření opravné položky k pohledávkám ve výši 5 % za každých ukončených 90 dnů. Zároveň v § 21 odst. 3 dokonce odkazuje na další ustanovení a to vyhlášku č. 502/2002, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o účetnictví pro pojišťovny. [14]

Skutečnost, proč se touto problematikou zabývá část se ZFZP je fakt, že opravné položky k pohledávkám se dle vyhlášky č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o účetnictví pro zdravotní pojišťovny, ČÚS 309 *Pohledávky a závazky* a ČÚS 313 *Opravné položky a rezervy v oblasti veřejného zdravotního pojištění* vždy zúčtují souvztažně právě se syntetickým účtem ZFZP [14, 15].

Tab. 4.12 Výše pohledávek ze zdravotního pojištění v tis. Kč

	2011	2013	2014
VZP	41 759 675	43 254 876	42 914 676
ČPZP	4 815 150	7 060 800	7 732 719
OZP	3 917 665	4 390 375	4 529 769
RBP	2 209 306	1 615 133	1 727 130
VoZP	3 097 363	3 841 394	4 224 611
ZPMV	4 247 796	4 849 717	5 115 684
ZPŠ	771 826	687 679	665 968

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

V tab. 4.12 a 4.13 jsou uvedeny údaje z rozvah jednotlivých zdravotních pojišťoven týkající se pohledávek ze zdravotního pojištění a opravných položek k pohledávkám ze zdravotního pojištění.

Tab. 4.13 Výše opravných položek k pohledávkám ze zdravotního pojištění v tis. Kč

	2011	2013	2014
VZP	18 834 482	20 751 412	21 294 602
ČPZP	1 368 055	3 213 387	3 253 730
OZP	1 127 398	1 340 371	1 458 661
RBP	248 278	570 692	576 966
VoZP	1 427 683	1 881 178	2 116 399
ZPMV	1 105 776	1 380 872	1 529 735
ZPŠ	142 817	208 423	225 244

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Tab. 4.14 Výše opravných položek k pohledávkám ze zdravotního pojištění vyjádřené v procentech k výši pohledávek

	2011	2013	2014
VZP	45,10 %	47,97 %	49,62 %
ČPZP	28,41 %	45,51 %	42,08 %
OZP	28,78 %	30,53 %	32,20 %
RBP	11,24 %	35,33 %	33,41 %
VoZP	46,09 %	48,97 %	50,10 %
ZPMV	26,03 %	28,47 %	29,90 %
ZPŠ	18,50 %	30,31 %	33,82 %
Průměr	29,17 %	38,16 %	38,73 %

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Vezme-li se v potaz skutečnost, že ještě v roce 2009 vykazovaly zdravotní pojišťovny v rozvahách ve sloupci korekce u pohledávek ze zdravotního pojištění nulové hodnoty a během 1-2 let se na tom samém místě objeví u většiny částky v miliardách Kč, pak lze považovat zavedení této povinnosti jako velmi přínosné. Díky této změně účetní výkazy zdravotních pojišťoven poskytují věrnější a poctivější obraz jejich účetnictví.

U všech zdravotních pojišťoven poměr opravných položek stále roste, kromě ČPZP a RBP, u kterých mezi lety 2013 a 2014 došlo k malému poklesu. Všechny zaznamenaly růst mezi lety 2007 a 2014 v jednotkách až v desítkách procent (ČPZP, RBP, ZPŠ). Již samotný fakt, že interval poměru opravných položek k pohledávkám začíná těsně pod 30 % a zastaví se nad 50 % a růst průměru jen mezi roky 2011 a 2013 je 9 %, naznačuje, že se plátcům

pojistného do placení zdravotního pojištění zjevně moc nechce. Vše mohla způsobit také ekonomická krize, což zdravotní pojišťovny také samy ve výročních zprávách částečně přiznávají. Nadprůměr poměru opravných položek k jejich pohledávkám mají v roce 2011 VZP a VoZP, v roce 2013 a 2014 se k nim připojila ještě ČPZP. **Pořadí** zdravotních pojišťoven **od nejnižšího poměru opravných položek k pohledávkám k 31. 12. 2014** je: **ZPMV, OZP, RBP, ZPŠ, ČPZP, VZP, VoZP**. Pro meziroční srovnání je zde pořadí k **31. 12. 2013**: **ZPMV, ZPŠ, OZP, RBP, ČPZP, VZP a VoZP**. Meziročně si pohořšily ZPŠ o dvě pozice, naopak polepšily si OZP a RBP o jednu pozici a VZP si s VoZP vyměnily pozice.

Samotná hodnota opravných položek k pohledávkám ze zdravotního pojištění tvoří okolo 80 % všech hodnot ve sloupci korekce v rozvaze. A to i přesto, že všechny zdravotní pojišťovny odepisují dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek. Ve výsledku tak na odpisy připadá zhruba 20 % z celkové hodnoty korekce.

Tab. 4.15 *Výše opravných položek k pohledávkám ze zdravotního pojištění v přepočtu na jednoho pojištěnce dané zdravotní pojišťovny v Kč*

	2011	2013	2014
VZP	3 001,11	3 410,30	3 563,85
ČPZP	1 892,98	2 708,38	2 698,24
OZP	1 620,91	1 902,00	2 001,67
RBP	598,44	1 364,81	1 346,08
VoZP	2 431,70	2 816,26	3 042,59
ZPMV	965,36	1 145,36	1 233,77
ZPŠ	1 054,76	1 513,90	1 616,75
Průměr	1 652,18	2 123,00	2 214,71

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Zároveň se lze podívat na tuto problematiku z dalšího pohledu a to srovnáním výše opravných položek k pohledávkám ze zdravotního pojištění v přepočtu na jednoho pojištěnce.

Z *tab. 4.15* je vidět, že všechny subjekty „dluží“ u každé zdravotní pojišťovny jinak. ČPZP a RBP mezi lety 2013 a 2014 zaznamenaly pokles opravných položek na pojištěnce, stejně jako v *tab. 4.14*, v poměru opravných položek k pohledávkám k výši celkových pohledávek. Překvapující je stále se zvyšující interval, který byl v roce 2011 600 – 3 000 Kč a v roce 2014 již přes 1 200 – 3 500 Kč. Průměr překračují v roce 2011, 2013 i 2014 ČPZP, VoZP a VZP. Průměr mezi lety 2011 a 2014 vzrostl takřka o 600 Kč, což potvrzuje růst

průměru poměru v *tab. 4.14*. Zajímavostí je, že dle *tab. 4.14* byla pokaždé nejhorší VoZP, ale nyní, když se opravné položky rozpočítají na pojištěnce, tak ji zastoupila VZP.

Pořadí zdravotních pojišťoven od nejnižší výše opravných položek k pohledávkám v přepočtu na jednoho pojištěnce k 31. 12. 2013 i 31. 12. 2014 je: ZPMV, RBP, ZPŠ, OZP, ČPZP, VoZP a VZP. Toto pořadí pro rok 2014 má menší odlišnosti oproti tomu dle *tab. 4.14* na předchozí straně. ZPMV je stále první, OZP spadlo na 4. pozici, RBP a ZPŠ si polepšily o jedno místo, ČPZP setrvalo na 5. pozici a VoZP si s VZP přehodily místa.

Zdravotní pojišťovny samozřejmě mají systém sankčních prostředků, ovšem ten, kdo pouze zapomene zaplatit, nebo zaplatí špatně, zpravidla svou chybu napraví, ale ti, kteří jsou chroničtí neplatiči, tak na ně ani sankční systém neplatí. Mnoho subjektů (podniky, OSVČ) mohly již svou činnost ukončit, skončit v likvidaci nebo insolvenci a zde je výše úhrady dlužného pojistného velkou neznámou, ale lze předpokládat spíše nulovou úhradu. Jak se bude situace dále vyvíjet, ukáže až čas v následujících letech. Může se stát, že se výše opravných položek k pohledávkám bude snižovat a s nimi i jejich poměr k výši pohledávek.

Dle Hospodářských novin údajně VZP poprvé snížila objem pohledávek svých dlužníků ze zdravotního pojištění. V červenci 2015 to bylo 29,7 mld. Kč. Do konce roku se prý suma měla snížit o dalších 600 mil. Kč. Nejvíce pohledávek je ve stáří mezi 3-10 lety a dosahují 16,3 mld. Kč. [6]

Na položenou otázku: *„Důvod proč začaly zdravotní pojišťovny vykazovat v roce 2010 opravné položky k pohledávkám? U kterých skupin pojištěnců je evidujete největší v současné době?“*, odpověděli z RBP: *„Důvodem byla změna legislativy. Zdaleka nejvyšší objem těchto položek se týká zaměstnanců (plátcem pojistného je jejich zaměstnavatel).“*, z VoZP: *„Legislativní změna, zaměstnavatelé, OSVČ.“*, a ze ZPŠ: *„Vyhláškou 127/2010 Sb. účinnou od 6. 5. 2010 byla upravena vyhláška 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů zdravotního pojištění, podmínky tvorby, užití a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny, včetně propočtu tohoto limitu, která rozšířila mj. čerpání fondů o opravné položky. Počínaje Výroční zprávou za rok 2010 tedy začaly být opravné položky v souladu s platnou legislativou tvořeny a vykazovány. Opravné položky jsou vykazovány ke všem pohledávkám pojistného a penále po lhůtě splatnosti bez ohledu na kategorii plátců. K 31. 12. 2015 byly vykázány opravné položky k pojistnému ve výši 155 162 tis. Kč a k penále 80 817 tis. Kč.“* [32]

4.2.6 Salda příjmů a nákladů Základního fondu zdravotního pojištění

Pojem „saldo příjmů a nákladů“ a jeho vyčíslení se vyskytuje přímo ve výročních zprávách zdravotních pojišťoven. Pojem náklady je zde poněkud nešťastně formulovaný. Nejedná se o náklady na nákladových účtech jako takové, ale o čerpání ZFZP. Princip salda spočívá v tom, že zdravotní pojišťovny vyberou vybrané položky z tabulky „A“ – čerpání ZFZP a z tabulky „B“ – příjmy ZFZP. Saldo lze tedy považovat za jakýsi podtyp výsledku hospodaření. Zdravotní pojišťovny toto saldo také berou v potaz při tvorbě ZPP, který musí vytvářet a v něm předpovídat hodnoty do budoucna. Tato podkapitola se zaměří na skutečnost, jak tyto salda u zdravotních pojišťoven vypadala a jak moc se zdravotní pojišťovny trefily při jejich predikci.

Právě v této podkapitole by se mohlo podařit zjistit skutečnost, zda mohla ekonomická krize, která ve světě panovala v posledních letech, zasáhnout i zdravotní pojišťovny a ovlivnit jejich chod a hospodaření.

Tab. 4.16 Výše salda příjmů a nákladů ZFZP dle ZPP v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	5 599 000	731 366	0	0	0
ČPZP	13 445	1 695 802	-482 439	-380 359	-1 097 758
OZP	-98 812	42 898	-266 434	-106 416	-107 764
RBP	-13 400	0	-88 102	-67 603	-179 521
VoZP	103 223	4 426	27 478	106 465	-99 929
ZPMV	369 279	227 736	-1 883 214	-1 542 663	-1 297 634
ZPŠ	6 930	82 395	-116 843	-22 293	-51 386

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Tab. 4.17 Skutečná výše salda příjmů a nákladů ZFZP v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	8 540 483	-6 647 676	-3 441 888	-958 134	234 868
ČPZP	433 966	1 150 481	-553 570	-42 479	-1 206 394
OZP	79 551	-699 237	-189 513	54 075	89 603
RBP	695 492	-48 626	-65 900	-280 733	-304 246
VoZP	557 072	-825 781	6 131	31 736	-281 791
ZPMV	1 265 933	-369 060	-1 542 858	-485 915	-763 309
ZPŠ	210 418	-94 041	-28 903	27 825	-38 664

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Už podle vývoje salda ve ZPP v tab. 4.16 u všech zdravotních pojišťoven je znát, že není něco v pořádku, u všech zdravotních pojišťoven předpovídaná salda v rozmezí let 2007

až 2014 klesla. Jistý náznak zásahu krizí by tímto mohl být potvrzen. Podobná skutečnost je i v *tab. 4.17*, která se zabývá skutečnými saldy, což může opravdu znamenat zásah ekonomické krize i v oblasti zdravotních pojišťoven.

Podle *tab. 4.16* viděla situaci v roce 2007 velmi pozitivně VZP, její odhad na saldo je necelých 5,6 mld. Kč, zatímco ostatní zdravotní pojišťovny odhadovaly kladné saldo maximálně ve výši 370 mil. Kč (ZPMV). OZP a RBP předpokládaly negativní vývoj a jejich odhadované saldo bylo dokonce záporné.

V roce 2009 VZP odhadovala situaci negativněji a snížila své předpokládané saldo oproti roku 2007, naopak u ČPZP došlo k velkému nárůstu salda. V tomto roce žádná zdravotní pojišťovna neočekávala záporné saldo. Tato záporná salda by mohla být příčinou ekonomické krize.

Roky 2011 a 2013 jsou situačně stejné. VZP očekávalo saldo v nulové výši, VoZP jako jediná zdravotní pojišťovna kladné saldo a ostatní zdravotní pojišťovny naopak záporné.

V roce 2014 už ani VoZP neočekávalo pozitivní situaci a její předpoklad salda byl také negativní, u ostatních zdravotních pojišťoven se přístup ke kladnému, nulovému nebo zápornému saldu nezměnil.

Nyní naopak nastává čas zaměřit se na skutečné výše sald, a to dle *tab. 4.17*. Rok 2007 byl poměrně vydařený z pohledu salda příjmů a nákladů ZFZP, všechny zdravotní pojišťovny dosáhly kladného salda.

V roce 2009 oproti roku 2007 kleslo skutečné saldo u VZP o více než 15 mld. Kč. ČPZP stále dosahovala kladného salda, dokonce vyššího než v roce 2007. Ostatní zdravotní pojišťovny se již musely potýkat se zápornými saldy.

Rok 2011 byl pro všechny zdravotní pojišťovny, kromě VoZP, situačně stejný, tzn. záporné saldo, u některých se ještě více prohloubilo (ČPZP, RBP, ZPMV), u ostatních naopak zlepšilo (VZP, OZP, ZPŠ).

V roce 2013 již byly tři zdravotní pojišťovny s kladným saldem OZP, VoZP a ZPŠ. Ostatní měly saldo záporné. Oproti roku 2011 si polepšily VZP, ČPZP a ZPMV, naopak pohoršila si RBP.

V roce 2014 ubyla jedna zdravotní pojišťovna s kladným saldem a zůstaly tak pouze dvě. Navíc pouze jedna zůstala stejná jako v roce 2013 – OZP. Druhou zdravotní pojišťovnou

s kladným saldem byla VZP. Zároveň byly tyto dvě zdravotní pojišťovny jediné, které si meziročně polepšily. Ostatní měly záporná salda a zároveň si meziročně pohoršily.

V tab. 4.18 záporné číslo znamená, že odhad salda byl nižší než skutečnost, a kladné číslo, že odhad salda byl vyšší než skutečnost. V letech 2007 a 2009 je situace obdobná, všechny zdravotní pojišťovny buď svá salda podhodnotily (2007) nebo nadhodnotily (2009). V ostatních letech se předpověď a skutečnost salda u jednotlivých zdravotních pojišťoven vyvíjela individuálně. Lze všeobecně říci, že pravidelně od roku 2011 podhodnocovaly své salda v ZPP OZP, ZPMV a ZPŠ. Naopak VoZP již od roku 2009 své saldo v ZPP nadhodnocuje. S největší pravděpodobností lze říci, že VZP prováděla největší chyby při odhadu salda příjmů a nákladů ZFZP během tvorby ZPP.

Tab. 4.18 Rozdíl výše skutečné a dle ZPP salda příjmů a nákladů ZFZP v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	-2 941 483	7 379 042	3 441 888	958 134	-234 868
ČPZP	-420 521	545 321	71 131	-337 880	108 636
OZP	-178 363	742 135	-76 921	-160 491	-197 367
RBP	-708 892	48 626	-22 202	213 130	124 725
VoZP	-453 849	830 207	21 347	74 729	181 862
ZPMV	-896 654	596 796	-340 356	-1 056 748	-534 325
ZPŠ	-203 488	176 436	-87 940	-50 118	-12 722

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Na položenou otázku: „*Máte pocit, že zdravotní pojišťovny zasáhla ekonomická krize? Pokud ano, jak, kdy, v čem?*“, odpověděli z RBP: „*Pochopitelně ano, a to hned v roce 2009, pro něž predikce nárůstu zdrojů systému předpokládala hodnoty, jichž v praxi nebylo dosaženo. Této predikci však odpovídaly zdravotně pojistné plány, úhradová vyhláška i smluvní ujednání s poskytovateli zdravotních služeb. V nejbližší následujících letech přitom vždy byla vyžadována spotřeba navýšení zdrojů bez ohledu na skutečnost, že výchozím obdobím byl rok, kdy byl z výše uvedených důvodů systém v ekonomickém propadu. Připočteme-li k tomu následky nátlakových aktivit části zdravotníků, kteří fakt probíhající krize nejspíše odmítli brát na vědomí, je obraz jejích důsledků naprosto zřejmý.*“, z VoZP: „*Ano, především na straně příjmů, např. ve výroční zprávě za rok 2009 je pak vidět velký mínus v saldu.*“, a ze ZPŠ: „*Krize se projevila v roce 2009 nižším výběrem pojistného, zvýšením počtu státem hrazených pojištěnců a "zmrazením" platby za státní pojištění. Vzhledem k výsledkům dohádovacího řízení a vyhlášky o hodnotě bodu však současně došlo k výraznému zvýšení nákladů na zdravotní služby, což mělo za následek použití zůstatků*

na účtech zdravotních pojišťoven. Tento efekt zvýšení nákladů na zdravotní služby se promítl i do dalších let, neboť náklady na zdravotní služby 1 roku jsou vždy tzv. referenčním obdobím pro některé následující období (dle vyhlášky o hodnotě bodu na příslušný rok).“. [32]

4.3 Provozní fond

Teoretický základ týkající se PF je uveden v podkapitole 3.3 *Provozní fond*.

Z několika stran jsem již slyšel stížnosti na skutečnost, že existuje několik zdravotních pojišťoven. Kdyby jich prý bylo méně, ideálně pouze jedna, tak by zdravotní pojišťovny mohly ušetřit na jejich provozu a tedy část peněz odcházejících ze ZFZP do PF by mohla být použita na úhradu zdravotní péče. Jejich oponenti mají dobrý argument ve formě existence trhu, podobně jako u bank nebo komerčních pojišťoven. To ale znamená, že pojištěnci zdravotních pojišťoven jsou pouze nástrojem trhu, jako u bank a pojišťoven, které se navzájem o množství klientů přetahují? Je vůbec konkurence v této oblasti potřeba? Odpůrci více zdravotních pojišťoven namítají pravděpodobně podstatně silnějším faktem, a to existencí pouze jednoho subjektu zajišťující výběr tzv. sociálního pojištění, kterým je Česká správa sociálního zabezpečení. Idea jedné centrální zdravotní pojišťovny je zajímavá a k zamyšlení. Přikláním se k názoru, že by centrální zdravotní pojišťovna mohla být vhodným řešením, který by celou problematiku zjednodušil, navíc by odpadla povinnost schvalování PSPČR několika výročních zpráv.

Tato podkapitola se zaměří především na velikost průměrných mezd zaměstnanců v jednotlivých zdravotních pojišťovnách a následně na výši odměn členům SR, DR a rozhodčímu orgánu. V souhrnu se tedy podkapitola bude zabývat pouze čerpáním PF, nikoliv jeho tvorbou.

4.3.1 Průměrná mzda zaměstnanců zdravotních pojišťoven

Tato část bude zaměřena na průměrnou měsíční hrubou mzdu zaměstnanců zdravotních pojišťoven. Ačkoliv zdravotní pojišťovny vykazují i ostatní mzdové náklady a výši odvodů na zdravotní a sociální pojištění, dopočet daní z příjmů fyzických osob ze závislé činnosti by byl nepřesný a tudíž i výpočet průměrné čisté mzdy by mohl být ovlivněn nepřesnostmi.

Tab. 4.19 Roční výše mzdových nákladů na hrubé mzdy zaměstnanců zdravotních pojišťoven v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	1 527 188	1 762 039	1 731 480	1 556 625	1 589 370
ČPZP	63 621	122 146	187 315	291 692	296 485
OZP	113 881	140 875	148 032	163 358	168 614
RBP	59 438	82 309	91 758	100 584	104 328
VoZP	104 329	125 668	130 810	138 159	141 437
ZPMV	189 184	242 235	244 543	265 344	280 043
ZPŠ	30 751	40 505	45 696	42 678	43 262

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Pro zjednodušení nebude tato část přepočítávána na pojištěnce, ale jednoho zaměstnance. Pro přepočet poslouží *tab. 4.4 Průměrný počet zaměstnanců jednotlivých zdravotních pojišťoven*. Vypočtený průměr odvětví vznikl součtem veškerých mzdových „nákladů“ z tabulky „A“ čerpání PF odvětví a vydělením celkovým průměrným počtem zaměstnanců odvětví, aby došlo k eliminaci pokrivení průměru množstvím zaměstnanců VZP. Navíc je *tab. 4.20* doplněna údajem Českého statistického úřadu (dále jen „ČSÚ“) o výši průměrné hrubé měsíční mzdy v ČR [18]. Pro lepší přehlednost je *tab. 4.20* doplněna *grafem 4.3* na následující straně.

Výše průměrné hrubé mzdy jako vždy neznamená, že všichni zaměstnanci dané zdravotní pojišťovny mají hrubou mzdu v takové výši. Hrubou mzdu ovlivňuje struktura a hierarchie zaměstnanců, délka odpracované doby, vzdělání a další aspekty. Lze zde vidět průměr od pracovníků za přepážkou až po vrcholné manažery.

Za celé sledované období se stalo pouze jednou, že průměrná hrubá měsíční mzda zaměstnanců, a to ČPZP, byla nižší než celorepublikový průměr. Průměr zdravotních pojišťoven převyšuje průměr ČR místy i o 46 %.

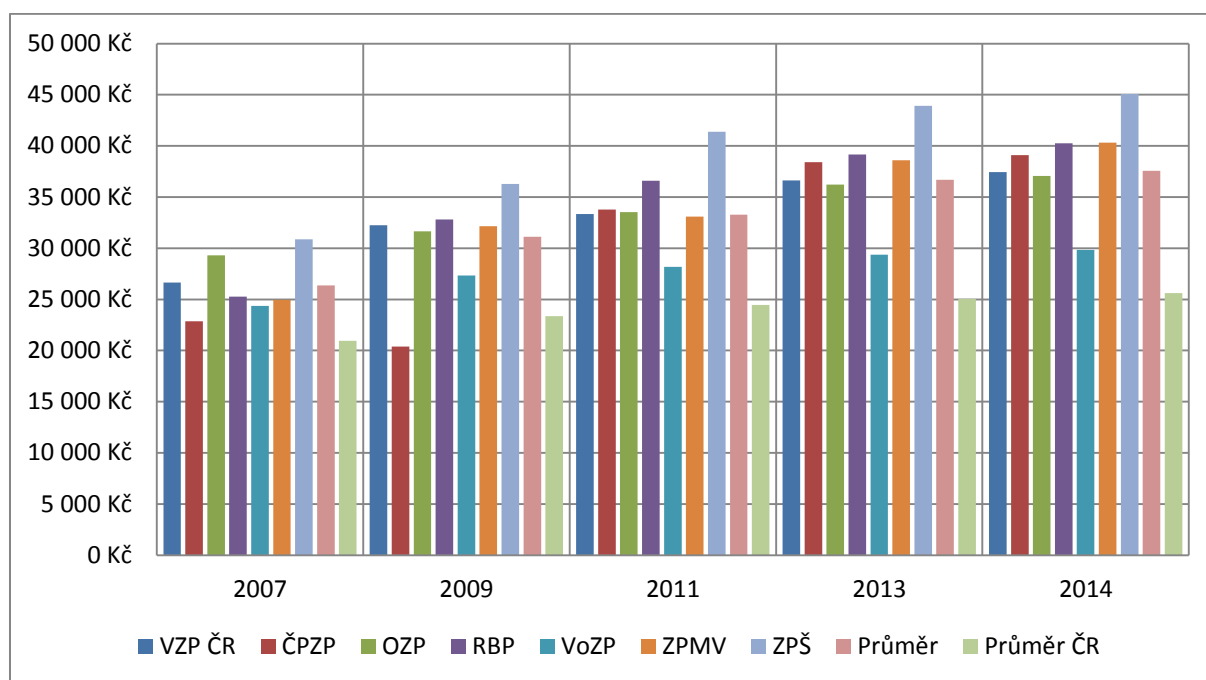
Trend růstu mezd je patrný i v odvětví zdravotních pojišťoven, u některých více, u jiných méně. Největší nárůst průměrné mzdy zaznamenali zaměstnanci ČPZP o 16 241 Kč (+ 71,07 %), nejmenší zaměstnanci VoZP o 5 486 Kč (+ 22,53 %). Celkově se průměr v oblasti zdravotních pojišťoven zvýšil o 11 201 Kč (+ 42,47 %). Jednoznačně lze za nejštědřejšího zaměstnavatele považovat ZPŠ, která má za celé období nejvyšší hodnotu průměrné měsíční hrubé mzdy v přepočtu na jednoho zaměstnance.

Tab. 4.20 Průměrná hrubá měsíční mzda zaměstnanců zdravotních pojišťoven v Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	26 658,08	32 236,35	33 346,43	36 623,02	37 446,28
ČPZP	22 852,37	20 398,46	33 786,98	38 400,74	39 093,49
OZP	29 290,38	31 643,08	33 521,74	36 205,23	37 074,32
RBP	25 271,26	32 818,58	36 586,12	39 168,22	40 250,00
VoZP	24 353,17	27 342,91	28 167,53	29 370,54	29 839,03
ZPMV	24 945,15	32 143,71	33 082,12	38 589,88	40 305,56
ZPŠ	30 874,50	36 294,80	41 391,30	43 907,41	45 064,58
Průměr odvětví	26 376,58	31 114,29	33 271,86	36 689,61	37 577,90
Průměr	26 320,70	30 411,13	34 268,89	37 466,43	38 439,04
Průměr ČR	20 957	23 344	24 455	25 035	25 607

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33] a ČSÚ [18], vlastní zpracování

Graf 4.3 Průměrná hrubá měsíční mzda zaměstnanců zdravotních pojišťoven v Kč



Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33] a ČSÚ [18], vlastní zpracování

Nadprůměrná hrubá mzda byla v roce 2007 u VZP, OZP a ZPŠ; v roce 2009 u VZP, OZP, ZPMV a ZPŠ; v roce 2011 u VZP, ČPZP, OZP, RBP a ZPŠ; v roce 2013 u ČPZP, RBP, ZPMV a ZPŠ a v roce 2014 u ČPZP, RBP, ZPMV a ZPŠ. Nejvíce zaměstnanců mělo nadprůměrnou hrubou mzdu v odvětví zdravotních pojišťoven vyšší, než byl její odvětvový průměr v roce 2011. **Pořadí pojišťoven od nejvyšší průměrné hrubé měsíční mzdy k 31. 12. 2014 je následující: ZPŠ, ZPMV, RBP, ČPZP, VZP, OZP a VoZP.** Pro meziroční

srovnání je zde pořadí k **31. 12. 2013**: **ZPŠ, RBP, ZPMV, ČPZP, VZP, OZP a VoZP**. Meziročně si vyměnily pozice RBP se ZPMV.

Pořadí od nejvyšší mzdy bylo zvoleno z toho důvodu, že pokud jsou zaměstnanci více finančně motivováni, měli by zvládat více práce a zároveň si méně stěžovat na výši svého platu.

4.3.2 Výše odměn členům SR, DR a rozhodčímu orgánu

Teoretické informace týkající se orgánů zdravotních pojišťoven jsou uvedeny v podkapitolách 2.3.3 *Orgány Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky* a 2.4.5 *Orgány zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven*.

Problematika výše odměn stojí nejčastěji za negativním postojem vůči většímu počtu zdravotních pojišťoven. Informace o výši přiznaných odměn neboli čerpání PF, jsou uvedeny v tabulce „A“. Všechny předepsané odměny (čerpání PF) jsou zpravidla v tomtéž roce i uhrazeny z finančních prostředků PF. Tato podkapitola se vrací ke srovnání zdravotních pojišťoven skrze přepočet na pojištěnce pomocí *tab. 4.1 Průměrný počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven za sledované období*.

Tab. 4.21 Výše odměn přiznaná a vyplacená členům SR, DR a rozhodčímu orgánu v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	11 341	12 106	12 899	12 505	12 490
ČPZP	2 335	2 128	3 866	5 845	6 078
OZP	2 892	4 100	4 142	4 066	4 128
RBP	2 116	3 999	3 333	4 334	3 579
VoZP	2 074	2 509	2 765	1 676	2 751
ZPMV	1 639	2 298	3 199	3 500	6 720
ZPŠ	0	0	0	0	0

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

U všech zdravotních pojišťoven výše přiznaných odměn v roce 2014 oproti roku 2007 vzrostla. Nejvíce v peněžním vyjádření narostly odměny u ZPMV o 5 081 tis. Kč (+ 310,01 %), naopak nejméně u VoZP o 677 tis. Kč (+ 32,64 %). V procentním růstu vede opět ZPMV, nejméně to bylo u VZP o + 10,13 % (nárůst o 1 149 tis. Kč). Což potvrzuje také

skutečnost, že VZP měla v roce 2007 6,92 násobek odměn ZPMV a v roce 2014 již jen 1,86 násobek.

Za velmi zajímavou a dalo by se říci až mimořádnou skutečností je nulová výše odměn u ZPŠ. Zde je uvedeno **pořadí srovnání od nejmenších odměn k 31. 12. 2014: ZPŠ, VoZP, RBP, OZP, ČPZP, ZPMV a VZP**. Pro meziroční srovnání je zde pořadí k **31. 12. 2013: ZPŠ, VoZP, ZPMV, OZP, RBP, ČPZP a VZP**. Meziročně si pohoršila ZPMV o tři pozice, naopak polepšila si RBP o dvě pozice a ČPZP o jednu.

Velmi zajímavé bude srovnání po přepočtu na jednoho pojištěnce, jelikož VZP má jak největší sumu odměn, tak i největší počet pojištěnců, tedy by se částka odměn mohla lépe rozprostřít mezi velký počet pojištěnců. ZPŠ bude na tom fakticky nejlépe i po přepočtu na jednoho pojištěnce, ale zajímavé bude rozdělení ostatních příček pořadí.

Průměr byl v *tab. 4.22* vypočten jako průměr hodnot a průměr odvětví jako podíl součtu odměn a součtu počtu pojištěnců. Pro účely srovnání bude lépe vyhovující průměr odvětví.

Postupem času roste přepočet na pojištěnce a tím potvrzuje rostoucí hodnoty *tab. 4.21*. Jediná ČPZP zaznamenala pokles v čase, který způsobil velký nárůst pojištěnců a tedy lepší rozpuštění odměn mezi ně při výpočtu. Nárůst průměru byl pod hodnotou 1 Kč na pojištěnce, ale růst průměru odvětví byl v hodnotě 1,11 Kč na pojištěnce. Při zaměření se na skutečnost, jak se situace vyvíjela v čase, tak nadprůměrné odměny, dle průměru odvětví, v přepočtu na jednoho pojištěnce měly ve sledovaných letech ČPZP, OZP, RBP a VoZP, která mezi nimi nebyla pouze v roce 2013. ZPMV doplnila předchozí čtveřici v roce 2014.

Tab. 4.22 Výše odměn přiznaná a vyplacená členům SR, DR a rozhodčímu orgánu v přepočtu na jednoho pojištěnce v Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	1,73	1,92	2,06	2,06	2,09
ČPZP	6,64	4,54	5,35	4,93	5,04
OZP	4,42	6,04	5,96	5,77	5,66
RBP	5,83	9,66	8,03	10,36	8,35
VoZP	3,66	4,40	4,71	2,51	3,95
ZPMV	1,56	2,06	2,79	2,90	5,42
ZPŠ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Průměr odvětví	2,32	2,80	3,03	3,07	3,43
Průměr	3,41	4,09	4,13	4,08	4,36

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Pořadí srovnání od nejmenších odměn v přepočtu na pojištěnce k 31. 12. 2014 je následující: **ZPŠ, VZP, VoZP, ČPZP, ZPMV, OZP a RBP**. Potvrdila se výše uvedená domněnka o situaci ve VZP, která si polepšila z posledního na 2. místo. VoZP spadla o jednu pozici na 3. ČPZP a ZPMV zůstaly na svých pozicích. OZP spadla ze 4. na 6. pozici a největší pád zaznamenala RBP z 3. na poslední místo. Pro meziroční srovnání je zde pořadí k **31. 12. 2013: ZPŠ, VZP, VoZP, ZPMV, ČPZP, OZP a RBP**. Meziročně si vyměnily pozice ZPMV a ČPZP.

Na otázku: „*Opravdu nevyplácíte žádné odměny dozorčímu orgánů a správní radě (ve výročních zprávách je v provozním fondu uvedena nula)?*“, která byla položena pouze ZPŠ, kvůli potvrzení nulové hodnoty odměn, odpověděli takto: „*Ano, je tomu skutečně tak, členství v našich vrcholných orgánech je opravdu neplacené.*“. [32]

4.4 Využití Sociálního fondu zaměstnanci

Teoretický základ týkající se SF je uveden v podkapitole 3.4 *Sociální fond*.

Tato podkapitola se zaměří na SF, konkrétně na jeho čerpání zaměstnanci. Funkce a význam SF jsou uvedeny v podkapitole 3.4 *Sociální fond*. Jako údaje o čerpání SF, pro účely této práce, poslouží hodnota výdajů z tabulky „B“ SF ve výročních zprávách zdravotních pojišťoven. Ačkoliv se zde řadí i bankovní poplatky, tak ty tvoří velmi malou částku, která při rozpočítání mezi všechny zaměstnance bude tvořit zanedbatelnou část.

Tab. 4.23 Výše výdajů SF v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	48 775	48 085	51 077	52 195	50 520
ČPZP	1 519	2 558	4 419	7 528	7 023
OZP	2 185	3 218	3 015	3 665	3 590
RBP	1 104	1 748	1 884	1 971	2 835
VoZP	5 001	4 890	4 423	7 871	4 617
ZPMV	6 027	5 350	5 091	5 536	5 350
ZPŠ	852	893	1 007	935	933

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Důvodem pro výběr nikoli čerpání jako takového, ale výdajů je to, že je zde zaměření na tok finančních prostředků směrem k zaměstnancům. Samozřejmostí je, že ne všichni

zaměstnanci musí využívat SF, zároveň i případné využívání SF není u všech stejné, někdo jej může využívat více, někdo méně.

Vývoj výše výdajů SF v průběhu času není u všech zdravotních pojišťoven stejný. Pouze u VoZP a ZPMV se snížil jejich objem, u ostatních došlo k růstu výdajů SF.

Tab. 4.24 Výše výdajů SF připadajících na jednoho zaměstnance zdravotní pojišťovny v Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	10 216,80	10 556,53	11 804,25	14 736,02	14 283,29
ČPZP	6 547,41	5 126,25	9 564,94	11 892,58	11 112,34
OZP	6 743,83	8 673,85	8 192,93	9 747,34	9 472,30
RBP	5 632,65	8 363,64	9 014,35	9 210,28	13 125,00
VoZP	14 008,40	12 767,62	11 428,94	20 079,08	11 688,61
ZPMV	9 536,39	8 519,11	8 264,61	9 661,43	9 240,07
ZPŠ	10 265,06	9 602,15	10 945,65	11 543,21	11 662,50
Průměr odvětví	9 921,64	9 905,31	10 976,01	13 715,54	12 868,34
Průměr	8 992,94	9 087,02	9 887,95	12 409,99	11 512,01

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Pro přepočet výdajů SF se použije opět počet zaměstnanců zdravotních pojišťoven díky tab. 4.4 *Průměrný počet zaměstnanců jednotlivých zdravotních pojišťoven*.

Pro účely srovnání se použije znovu hodnota průměru odvětví. Tab. 4.24 potvrzuje snižování výdajů SF u VoZP a ZPMV i po přepočtu na jednoho zaměstnance, zároveň se sníží v roce 2014 oproti roku 2013 jak průměr odvětví, tak i průměr výsledků. Z pohledu přepočtu si nejlépe polepšili zaměstnanci RBP o necelých 7 492 Kč, nejvíce si naopak pohoršili zaměstnanci VoZP, u které klesl výdaj na jednoho zaměstnance o 2 320 Kč.

Velkou anomálii tvoří VoZP v roce 2013, která ovlivnila oba průměry. Tento rychlý nárůst a poté rychlé snížení čerpání SF bohužel nejsou nijak okomentovány ve výročních zprávách VoZP.

Počet zdravotních pojišťoven v průběhu času s nadprůměrnými výdaji SF klesal, přesněji řečeno snížil o polovinu. Nadprůměrné výdaje měly v roce 2007 VZP, VoZP, ZPMV a ZPŠ; v roce 2009 VZP, VoZP a ZPŠ; v roce 2011 a 2013 VZP a VoZP a v roce 2014 VZP a RBP. **Pořadí od nejvyšších výdajů SF v přepočtu na zaměstnance k 31. 12. 2014 je následující: VZP, RBP, VoZP, ZPŠ, ČPZP, OZP, a ZPMV.** Pro meziroční srovnání je zde pořadí k 31. 12. 2013: **VoZP, VZP, ČPZP, ZPŠ, OZP, ZPMV a RBP.** Meziročně si

polepšily VZP o jednu pozici a RBP z posledního místa na druhé, naopak si pohoršily VoZP a ČPZP shodně o dvě pozice a OZP se ZPMV také shodně o jednu.

4.5 Opotřebení dlouhodobého majetku

Teoretický základ týkající se FM a FRM je uveden v podkapitolách 3.5 *Fond majetku* a 3.6 *Fond reprodukce majetku*.

Nyní se blíží zaměření na problematiku týkající se FM a FRM, s větším důrazem na FRM, ačkoliv data pro tuto oblast budou vycházet spíše z rozvah zdravotních pojišťoven. Jedná se o oblast poměru výše opravěk k DHM a DNM k výši daného majetku v brutto hodnotě. Lze tak zjistit, z kolika procent mají zdravotní pojišťovny odepsaný (opotrebovaný) svůj dlouhodobý majetek. Nejprve dojde k zaměření se na DHM.

Růst hodnoty DHM v brutto hodnotě v *tab. 4.25* v průběhu času není u všech zdravotních pojišťoven. Pokles zaznamenaly VZP, VoZP a ZPMV. Naopak oprávky rostly u všech zdravotních pojišťoven bez výjimky.

Tab. 4.25 DHM v brutto hodnotě v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	5 507 583	6 230 986	6 568 352	5 585 373	5 442 163
ČPZP	180 882	215 956	229 441	600 730	739 664
OZP	396 114	393 638	424 500	591 167	596 364
RBP	228 603	191 465	331 356	342 563	352 418
VoZP	498 976	511 064	515 506	490 346	482 355
ZPMV	613 585	776 889	769 440	640 979	565 998
ZPŠ	106 526	141 611	145 345	143 698	144 489

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Tab. 4.26 Oprávky k DHM v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	1 899 309	2 099 630	2 482 542	2 280 463	2 847 436
ČPZP	106 633	124 607	132 263	217 078	241 768
OZP	86 775	101 130	120 194	134 320	144 112
RBP	78 778	61 304	75 167	110 026	186 053
VoZP	189 338	234 866	262 348	247 115	250 550
ZPMV	212 190	297 921	330 550	322 383	304 697
ZPŠ	21 935	24 614	34 170	42 344	45 468

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Poměr opotřebení DHM v *tab. 4.27* v průběhu času kolísá. Pro srovnání si lze vzít průměr odvětví, který společně s průměrem výsledků postupně rostl. Nadprůměrně opotřebovaný DHM nevykazovaly v roce 2007 pouze OZP a ZPŠ; v roce 2009 původní dvojici doplnila VZP a RBP; v roce 2011 zůstalo stejné složení čtyř zdravotních pojišťoven. V roce 2013 VZP již začala mít nadprůměrně opotřebovaný DHM a místo ní se k dané trojici přidala ČPZP a v roce 2014 vypadla RBP – zůstaly tedy pouze tři zdravotní pojišťovny s podprůměrně opotřebovaným DHM. ČPZP se jako jediné zdravotní pojišťovně v průběhu let podařilo snížit procento opotřebení DHM, naopak největší nárůst zaznamenala ZPMV.

Tab. 4.27 Opotřebení DHM v %

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	34,49 %	33,70 %	37,80 %	40,83 %	52,32 %
ČPZP	58,95 %	57,70 %	57,65 %	36,14 %	32,69 %
OZP	21,91 %	25,69 %	28,31 %	22,72 %	24,17 %
RBP	34,46 %	32,02 %	22,68 %	32,12 %	52,79 %
VoZP	37,95 %	45,96 %	50,89 %	50,40 %	51,94 %
ZPMV	34,58 %	38,35 %	42,96 %	50,30 %	53,83 %
ZPŠ	20,59 %	17,38 %	23,51 %	29,47 %	31,47 %
Průměr odvětví	34,45 %	34,79 %	38,26 %	39,95 %	48,30 %
Průměr	34,70 %	35,83 %	37,69 %	37,42 %	42,74 %

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Nejnižší hodnotu opotřebení DHM vykazovala ZPŠ v roce 2009 a nejvyšší měla ZPMV v roce 2014. **Pořadí od nejnižšího poměru opotřebení DHM k 31. 12. 2014** je následující: **OZP, ZPŠ, ČPZP, VoZP, VZP, RBP a ZPMV**. Pro meziroční srovnání je zde pořadí k **31. 12. 2013**: **OZP, ZPŠ, RBP, ČPZP, VZP, ZPMV a VoZP**. Meziročně si pohoršily RBP o tři pozice, ZPMV o jednu, naopak polepšily si ČPZP o jednu pozici a VoZP z posledního místa na čtvrté.

Tab. 4.28 DNM v brutto hodnotě v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	1 746 976	1 781 997	2 268 458	2 365 360	2 081 629
ČPZP	72 232	235 045	254 290	422 304	450 935
OZP	55 072	81 839	117 194	144 715	161 028
RBP	21 220	31 135	41 723	53 181	68 667
VoZP	93 358	122 076	102 398	170 296	184 767
ZPMV	50 235	49 184	62 551	93 962	111 038
ZPŠ	10 832	14 533	16 315	21 424	21 970

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Při srovnání výše DHM a DNM a jejich vykázaných opravek, lze jednoznačně říci, že DHM tvoří dlouhodobý majetek z mnohem větší části. Růst hodnoty DNM v brutto hodnotě v průběhu času je, na rozdíl od DHM, u všech zdravotních pojišťoven. Ve stejném duchu byl také vývoj jejich vykazovaných opravek.

Tab. 4.29 Oprávky k DNM v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	1 428 682	1 201 364	1 432 850	1 691 008	1 617 005
ČPZP	49 844	176 002	220 012	312 858	355 495
OZP	42 301	59 154	83 410	116 770	132 846
RBP	17 583	22 957	32 521	43 311	49 223
VoZP	71 465	99 679	81 967	95 521	118 103
ZPMV	27 577	27 211	40 798	70 211	86 058
ZPŠ	6 728	9 500	11 819	17 067	18 723

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Tab. 4.30 Opotřebení DNM v %

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	81,78 %	67,42 %	63,16 %	71,49 %	77,68 %
ČPZP	69,01 %	74,88 %	86,52 %	74,08 %	78,84 %
OZP	76,81 %	72,28 %	71,17 %	80,69 %	82,50 %
RBP	82,86 %	73,73 %	77,95 %	81,44 %	71,68 %
VoZP	76,55 %	81,65 %	80,05 %	56,09 %	63,92 %
ZPMV	54,90 %	55,32 %	65,22 %	74,72 %	77,50 %
ZPŠ	62,11 %	65,37 %	72,44 %	79,66 %	85,22 %
Průměr odvětví	80,21 %	68,91 %	66,48 %	71,74 %	77,19 %
Průměr	72,00 %	70,09 %	73,79 %	74,03 %	76,76 %

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Poměr opotřebení DNM, stejně jako u DHM, v průběhu času kolísá. Když se srovná výši opotřebení u DHM a DNM, tak DNM vychází jako mnohem více opotřeбенý (odepsaný).

Pro srovnání se znovu využije průměr odvětví, který zde naopak klesl (ve skutečnosti byl ve tvaru U křivky, ale pokles byl silnější), zatímco průměr výsledků rostl. Podprůměrně opotřebovaný DNM vykazovaly v roce 2007 všechny zdravotní pojišťovny kromě VZP a RBP; v roce 2009, kdy průměr odvětví poměrně dost poklesl tak zdravotních pojišťoven vykazujících nadprůměrné opotřebení jejich počet ubyl a zůstaly pouze ZPMV a ZPŠ, které doplnila VZP; v roce 2011 vypadla i ZPŠ, zůstaly tedy pouze VZP a ZPMV; v roce 2013 se ujímá nejnižší hodnoty VoZP a společně s VZP zůstávají osamoceny (ZPMV vypadlo)

a v roce 2014 zůstala VoZP a přidala se k ní RBP, VZP vypadlo. VZP, RBP a VoZP se v průběhu let podařilo snížit procento opotřebení DNM.

Nejnižší hodnotu opotřebení DNM vykazovala ZPMV v roce 2007 a nejvyšší měla ČPZP v roce 2011. **Pořadí od nejnižšího poměru opotřebení DNM k 31. 12. 2014** je následující: **VoZP, RBP, ZPMV, VZP, ČPZP, OZP a ZPŠ**. OZP a ZPŠ měly za rok 2014 nejlepší výsledek v oblasti DHM, ale v oblasti DNM jsou nejhorší. Pro meziroční srovnání je zde pořadí k **31. 12. 2013: VoZP, VZP, ČPZP, ZPMV, ZPŠ, OZP a RBP**. Meziročně si pohoršily VZP o jednu pozici, ČPZP a ZPŠ shodně o dvě, naopak polepšily si ZPMV o jednu pozici a RBP z posledního místa na druhé.

Tab. 4.31 DHM a DNM v brutto hodnotě v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	7 254 559	8 012 983	8 836 810	7 950 733	7 523 792
ČPZP	253 114	451 001	483 731	1 023 034	1 190 599
OZP	451 186	475 477	541 694	735 882	757 392
RBP	249 823	222 600	373 079	395 744	421 085
VoZP	592 334	633 140	617 904	660 642	667 122
ZPMV	663 820	826 073	831 991	734 941	677 036
ZPŠ	117 358	156 144	161 660	165 122	166 459

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Závěrem lze říci, že opotřebování v čase kolísá z důvodu průběžného nákupu nového a vyřazování starého dlouhodobého majetku.

Tab. 4.32 Oprávky k DHM a DNM v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	3 327 991	3 300 994	3 915 392	3 971 471	4 464 441
ČPZP	156 477	300 609	352 275	529 936	597 263
OZP	129 076	160 284	203 604	251 090	276 958
RBP	96 361	84 261	107 688	153 337	235 276
VoZP	260 803	334 545	344 315	342 636	368 653
ZPMV	239 767	325 132	371 348	392 594	390 755
ZPŠ	28 663	34 114	45 989	59 411	64 191

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

V tab. 4.33 roste průměr odvětví i průměr výsledků. Nadprůměrně opotřebovaný dlouhodobý majetek, podle průměru odvětví, vykazovaly v roce 2007 VZP a ČPZP; v letech 2009 a 2011 to byly shodně ČPZP a VoZP; v roce 2013 počet narostl na čtyři a to VZP,

ČPZP, VoZP a ZPMV a v roce 2014 zůstaly pouze VZP a ZPMV. Znovu se ČPZP jako jediné zdravotní pojišťovně v průběhu let podařilo snížit celkové procento opotřebení dlouhodobého majetku, naopak největší nárůst zaznamenala opět ZPMV. U obou zdravotních pojišťoven je to z důvodu převahy DHM nad DNM.

Tab. 4.33 Opotřebení DHM a DNM v %

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	45,87 %	41,20 %	44,31 %	49,95 %	59,34 %
ČPZP	61,82 %	66,65 %	72,82 %	51,80 %	50,16 %
OZP	28,61 %	33,71 %	37,59 %	34,12 %	36,57 %
RBP	38,57 %	37,85 %	28,86 %	38,75 %	55,87 %
VoZP	44,03 %	52,84 %	55,72 %	51,86 %	55,26 %
ZPMV	36,12 %	39,36 %	44,63 %	53,42 %	57,72 %
ZPŠ	24,42 %	21,85 %	28,45 %	35,98 %	38,56 %
Průměr odvětví	44,24 %	42,12 %	45,08 %	48,86 %	56,10 %
Průměr	39,92 %	41,92 %	44,63 %	45,13 %	50,50 %

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Nejnižší hodnotu opotřebení dlouhodobého majetku vykazovala ZPŠ v roce 2009 a nejvyšší měla ČPZP v roce 2011. **Pořadí od nejnižšího poměru opotřebení DHM k 31. 12. 2014** je následující: **OZP, ZPŠ, ČPZP, VoZP, RBP, ZPMV a VZP**. Odráží se zde podobné pořadí jako u DHM, kromě VZP, která z 5. pozice spadla na poslední a tedy si RBP a ZPMV pomohly obě o jedno místo. Pro meziroční srovnání je zde pořadí k **31. 12. 2013**: **OZP, ZPŠ, RBP, VZP, ČPZP, VoZP a ZPMV**. Meziročně si pohoršily RBP o dvě pozice, VZP o tři, naopak polepšily si ČPZP a ZPMV shodně o jednu pozici a VoZP o dvě.

4.6 Využívání Fondu prevence pojištěnci

Základní teoretické informace o FP jsou uvedeny v podkapitole 3.7 *Fond prevence*.

Tato poslední podkapitola se zaměří na výdajovou stránku FP. Bude vycházet přímo z položky *B.III.1 FP neboli Výdaje na preventivní programy*. Nebude se zabývat čerpáním FP, ale pouze výdaji, a to z důvodu toku finančních prostředků směrem k pojištěncům nebo poskytovatelům, které se k preventivním programům vážou. Nelze rovnou vzít sumační položku *Výdaje PF*, jelikož často obsahuje také převodní částky do ZFZP, což by mohlo negativně zkreslit vypočtenou hodnotu na pojištěnce.

Z tab. 4.34 si lze všimnout trendu střídavých změn. V roce 2009 je celková suma výdajů zdravotních pojišťoven zhruba dvojnásobná oproti roku 2007, v roce 2011 naopak asi poloviční oproti roku 2009 a v roce 2013 zase takřka dvojnásobek roku 2011. Výjimkou je rok 2014, kdy se snížily výdaje dohromady okolo 230 tisíc Kč, pokud ovšem bude snížení i pro rok 2015 podobné, bude pokračovat v zažitém dvouletém kolísavém cyklu. Určitě není překvapením nejvyšších výdajů na preventivní programy ze strany VZP, které jsou dány nejvyšším počtem pojištěnců, jak to bude vypadat v přepočtu na jednoho pojištěnce, zda bude stále první, je patrné v tab. 4.35.

Tab. 4.34 Výše výdajů FP na preventivní programy v tis. Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	261 037	621 382	292 257	633 150	432 256
ČPZP	50 639	97 383	66 076	207 398	210 283
OZP	84 483	185 293	63 747	77 879	59 834
RBP	51 909	81 276	39 198	92 679	76 705
VoZP	16 567	69 404	75 113	71 794	59 445
ZPMV	195 911	262 135	107 725	96 608	107 615
ZPŠ	25 548	28 249	18 732	16 972	23 452

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Pro přepočet tab. 4.35 byla opět využita tab. 4.1 Průměrný počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Tab. 4.35 Výše výdajů FP na preventivní programy na jednoho pojištěnce v Kč

	2007	2009	2011	2013	2014
VZP	39,88	98,31	46,57	104,05	72,34
ČPZP	144,06	207,90	91,43	174,80	174,38
OZP	129,02	272,87	91,65	110,51	82,11
RBP	142,98	196,39	94,48	221,64	178,96
VoZP	29,23	121,83	127,94	107,48	85,46
ZPMV	186,27	235,52	94,05	80,13	86,79
ZPŠ	195,56	212,06	138,34	123,28	168,33
Průměr odvětví	123,86	192,12	97,78	131,70	121,20
Průměr	71,00	138,70	66,44	114,99	93,11

Zdroj: výroční zprávy zdravotních pojišťoven [33], vlastní zpracování

Po přepočtu na pojištěnce se již prvenství VZP vytratilo, navíc ani jednou nebude figurovat mezi zdravotními pojišťovkami s nadprůměrnými výdaji na preventivní programy v přepočtu na jednoho pojištěnce. I v tab. 4.35 lze vidět, že oba průměry mají stejné chování

jako suma výdajů na preventivní programy v tab. 4.34, což je dáno toliko skoro neměnným průměrným počtem pojištěnců.

Pro použití srovnání je, až na rok 2011, jedno, jaký z průměrů bude vybrán. Právě rok 2011 vytváří problém. V mezeře mezi průměrem a průměrem odvětví se zachytí čtyři zdravotní pojišťovny. Při výběru vyššího průměru odvětví, mají nadprůměrné výdaje pouze dvě zdravotní pojišťovny, naopak při výběru pouze průměru hodnot výsledků jich bude šest. Pro lepší zdůraznění bude pro rok 2011 použito obojí srovnání. Nadprůměrné výdaje na preventivní programy na jednoho pojištěnce mají v letech 2007 a 2009 ČPZP, OZP, RBP, ZPMV a ZPŠ; v roce 2009 se k nim přidá VoZP. Nyní dochází ke srovnání roku 2011 kde, jak bylo uvedeno výše, v případě srovnání s průměrem odvětví budou pouze dvě zdravotní pojišťovny s nadprůměrnými výdaji na preventivní programy a to VoZP a ZPŠ. V případě použití průměru výsledků hodnot se do nadprůměrných dostanou navíc ČPZP, OZP, RBP a ZPMV. V letech 2013 a 2014 mají nadprůměrné výdaje na preventivní programy na jednoho pojištěnce ČPZP, RBP a ZPŠ. **Pořadí od nejvyšších výdajů na preventivní programy v přepočtu na jednoho pojištěnce k 31. 12. 2014** je následující: **RBP, ČPZP, ZPŠ, ZPMV, VoZP, OZP a VZP**. Pro meziroční srovnání je zde pořadí k **31. 12. 2013**: **RBP, ČPZP, ZPŠ, OZP, VoZP, VZP a ZPMV**. Meziročně si pohoršily OZP o dvě pozice, VZP o jednu na poslední, naopak si polepšila ZPMV z posledního místa na 4. místo.

Tuto oblast velmi zkresluje aktivnost pojištěnců na jejich zúčastnění a využívání preventivních programů. Proto může být VZP v našem srovnání na dolních příčkách, popřípadě až poslední, ale pokud nemají pojištěnci zájem využívat preventivní programy, tak VZP nemá co vyplácet, ačkoliv může mít finanční prostředky pro tuto oblast připravenou. Proto toto srovnání může ukazovat i aktivnost pojištěnců na preventivních programech.

Na položenou otázku: „*Považujete využívání FP pojištěnci za dostatečný nebo byste si jej dokázali představit i lepší (více využívaný)? A proč?*“, odpověděli z RBP: „*Zdroje fondů prevence jsou v průběhu existence systému permanentně omezovány a vzhledem k záměru převést účty zdravotní pojišťovny povinně do ČNB se tento proces v příštím období zřejmě ještě prohloubí. Výdaje těchto fondů jsou programovány na základě praktických zkušeností z míry čerpání, tedy výdajů na jednotlivé aktivity. Pokud by totiž nabízené výhody skutečně čerpali všichni pojištěnci, nemohl by objem těchto fondů k jejich úhradě zdaleka stačit. Vyšší využívání bychom v zájmu podpory zdraví pojištěnců sice uvítali, bez posílení legislativou stanovených zdrojů by to však nebylo z finančního hlediska reálné.*“, z VoZP: „*Prioritou FP je vytváření podmínek pro zdravý způsob života a pozitivní životní styl. S větším*

množstvím prostředků si umíme představit i větší podporu.“, a ze ZPŠ: „V roce 2015 jsme z Fondu prevence poskytli našim pojištěncům více než 30 mil. Kč, což nás řadí v přepočtu na jednoho pojištěnce na nejvyšší příčku mezi tuzemskými zdravotními pojišťovnami. Pojištěnci jej využívají dostatečně, ale naší snahou není pojištěnci poskytnout pouze finanční příspěvek ale nabídnout další možnosti, tedy aby se mohl zapojit a účastnit dalších preventivních aktivit např. na snížení nadváhy či vyhledávání závažných onemocnění, realizovaném ve spolupráci s registrujícími lékaři primární péče. Fond prevence by měl být k dispozici právě těmto pojištěncům, kteří o své zdraví pečují, a měl by být naplněn prostředky pro toto použití. Celý systém Fondu prevence však může být ohrožen aktuálně schválenou změnou legislativy, která ukládá zdravotním pojišťovnám vést účty u ČNB, kdy již nebude možné získávat prostředky z úroků právě pro účely jejich použití ve Fondu prevence.“. [32]

5 Závěr

Nejprve bych rád zmínil, že 10. března byl 216. bod 42. schůze PSPČR, který se týkal schvalování výročních zpráv zdravotních pojišťoven za rok 2014, které měly být projednány již na 39. schůzi bod 198, opět označen jako neprojednaný bod schůze. [25, 26] Z čehož lze usoudit, že český právní systém je nefunkční. K čemu existuje zákonná povinnost schvalování výročních zpráv, když toho není PSPČR schopna po více jak roce od konce daného účetního období? Jak se má veřejnost dozvědět informace z výročních zpráv, když jsou mnohdy nezveřejněné? Některé zdravotní pojišťovny sice zveřejňují své výroční zprávy a do názvu přidávají dodatek „neschváleno PSPČR“, jiné je ale naopak vůbec nezveřejní. Jsem toho názoru, aby je všechny zveřejňovaly bez ohledu na jejich stav schválení a doporučil bych, zda by nebylo vhodné provést například změnu právní úpravy, kdy by na toto schvalování nebylo potřeba PSPČR, ale stačilo by pouze schválení od MZČR a MFČR anebo by mohlo být dostačující samotné provedení auditu.

Jedním z cílů předkládané diplomové práce bylo zjistit, zda se ekonomická krize dotkla (hospodaření) zdravotních pojišťoven. Tato skutečnost, byla potvrzena jednak z odpovědí na tento dotaz přímo ze strany zdravotních pojišťoven, ale také z hodnot jednotlivých fondů, výše „sald příjmů a nákladů“. V příloze č. 5 je to nejlépe viditelné u VZP v tabulce 4, která se týká RF, kdy VZP musela převést velké množství finančních prostředků na krytí ZFZP. Zajisté bude ještě nějaký ten rok trvat, než se situace u všech zdravotních pojišťoven navrátí do úplného normálu.

Nyní nastává výsledné hodnocení, zda má VZP vůči ostatním nejlepší hodnoty ukazatelů. Nastává dilematická situace. Pokud se ponechají veškerá srovnání za rok 2014 z celé 4. kapitoly, kterých je dohromady 20, tak opravdu lze získat výsledek, že VZP je dle srovnání ze všech zdravotních pojišťoven nejlepší, což dokládá *tab. 1 v příloze č. 7*. Výsledné celkové pořadí podle tohoto modelu je následující: **VZP, ZPMV, ČPZP, ZPŠ, OZP, RBP a VoZP**. Ovšem tuto skutečnost poměrně dost křiví hodnoty veličin (počet pojištěnců, výběr pojistného atd.), které byly při srovnání k prospěchu VZP. Pokud se tyto veličiny (vstupní data) vyloučí a ponechají pouze srovnání z vypočtených ukazatelů, tak jich zůstane 14, VZP ztratí své prvenství a pořadí se změní, konkrétně na: **ZPŠ, RBP, ZPMV, VZP, ČPZP, OZP a VoZP**, jak ukazuje také *tab. 1 v příloze č. 8*. Je na každém, ať si vybere, které z těchto dvou pořadí mu více vyhovuje. Věřím, že se určitě našly situace, kdy například kritérium srovnání,

ktelé bylo stanoveno, by někdo požadoval obrácené. Jak se říká „sto lidí, sto chutí“ a to platí i zde. Já bych se osobně přiklonil spíše k druhé variantě, kde VZP tvoří zlatou střední cestu. Zároveň bych chtěl podotknout, že i když VoZP dopadla poslední, tak to neznamena, že je prostě ve všem nejhorší a všichni její pojištěnci by od ní měli odejít. Nikoliv. Tato oblast potvrdila pořekadlo „když dva dělají totéž, není to totéž“. Některé problémy zdravotní pojišťovny samy neovlivní (např. nákladnost pojištěnců) a musí se je naučit řešit, jak nejlépe umí.

Na otázku, zda vidím budoucnost zdravotních pojišťoven pozitivně a příznivě odpovím kladně. Přeci jen od roku 2013 zůstává jejich sestava stále stejná, dobře se vzpamatovávají z ekonomické krize a u žádné nic nenaznačuje velké problémy, které by mohly u jakékoli z nich znamenat zánik, natož u celé skupiny zdravotních pojišťoven.

Na oplátku se zeptám já. Má cenu mít několik zdravotních pojišťoven (výběr zdravotního pojištění a úhrada zdravotních služeb) a nestačila by pouze jedna po vzoru České správy sociálního zabezpečení (výběr sociálního pojištění, výplata sociálních a obdobných dávek)? Za mě osobně si myslím, že to není špatný nápad. Pojištěncům by například odpadla povinnost hlášení změny zdravotní pojišťovny zaměstnavateli a u lékařů. Vyřešil by se také problém situacemi, kdy pokud jste například na dovolené nebo pracovní cestě, a potřebujete navštívit lékaře, tak, pokud jste pojištěni u ZZP musíte nejprve zjišťovat, zda má smlouvu s danou ZZP, jelikož ne všechny mají celostátní působení, ale zaměřují se pouze na vybrané regiony.

Seznam použité literatury

Odborná literatura

- [1] ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady 2015*. 7. vyd. Olomouc: ANAG, 2015. 176 s. ISBN 978-80-7263-931-1.
- [2] DLUHOŠOVÁ, Dana. *Finanční řízení a rozhodování podniku*. 3. vyd. Praha: Ekopress, 2010. 225 s. ISBN 978-80-86929-68-2.
- [3] PROKŮPKOVÁ, Danuše a Michal SVOBODA. *Jak číst účetní výkazy vybraných účetních jednotek*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. 152 s. ISBN 978-80-7478-522-1.
- [4] RŮČKOVÁ, Petra. *Finanční analýza*. 5. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 160 s. ISBN 978-80-247-5534-2.
- [5] ŠIROKÝ, Jan a kol. *Daňové teorie. S praktickou aplikací*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2008. 301 s. ISBN 978-80-7400-005-8.

Článek v odborném periodiku

- [6] Autor neuveden. VZP poprvé snížila objem pohledávek. *Hospodářské noviny*. 2015, č. 181, s. 3. ISSN 0862-9587.
- [7] VELECHOVSKÁ, Lenka. Vybrané údaje o zdravotnictví. *AUDITOR*. 2014, č. 3, s. 6 a 7. ISSN 1210-9096.

Legislativní zdroje

- [8] Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
- [9] Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.
- [10] Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních oborových, podnikových a dalších zdravotních

pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

- [11] Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.
- [12] Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- [13] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- [14] Vyhláška č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o účetnictví pro zdravotní pojišťovny, ve znění pozdějších předpisů.
- [15] České účetní standardy pro účetní jednotky, které účtují podle vyhlášky č. 503/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- [16] Vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů.
- [17] Vyhláška č. 303/2015 Sb., o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2016, ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje

- [18] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ČSÚ: *Průměrná hrubá měsíční mzda 2000-2014* [online]. ČSÚ [13. 2. 2016]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/2-mzda_v_kc.
- [19] NOVINKY.CZ. NOVINKY.CZ: *Kolik stojí zdravotní péče* [online]. NOVINKY.CZ [21. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/finance/382030-kolik-stoji-zdravotni-pece.html>.

- [20] NOVINKY.CZ. NOVINKY.CZ: *Léčba nejdražšího pacienta VZP loni přišla na více než 22 miliónů* [online]. NOVINKY.CZ [21. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/371905-lecba-nejdrazsiho-pacienta-vzp-loni-prisla-na-vice-nez-22-milionu.html>.
- [21] NOVINKY.CZ. NOVINKY.CZ: *Nejdražší pacient VZP přišel loni pojišťovnu na 54 miliónů* [online]. NOVINKY.CZ [21. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/302904-nejdrazsi-pacient-vzp-prisel-loni-pojistovnu-na-54-milionu.html>.
- [22] NOVINKY.CZ. NOVINKY.CZ: *Nejdražší pacient stál loni VZP 46 miliónů* [online]. NOVINKY.CZ [21. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/334514-nejdrazsi-pacient-stal-loni-vzp-46-milionu.html>.
- [23] NOVINKY.CZ. NOVINKY.CZ: *Přerozdělování zdravotního pojištění má být spravedlivější, zohlední i spotřebu léků* [online]. NOVINKY.CZ [21. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/392585-prerozdelovani-zdravotniho-pojisteni-ma-byt-spravedlivejsi-zohledni-i-spotrebu-leku.html>.
- [24] NOVINKY.CZ. NOVINKY.CZ: *Víte, kolik stojí zdravotní péče?* [online]. NOVINKY.CZ [21. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/vase-zpravy/moravskoslezsky-kraj/ostrava-mesto/2780-33326-vite-kolik-stoji-zdravotni-pece.html>.
- [25] POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY. PSPČR: *Schválený pořad a stav projednávání 39. schůze* [online]. PSPČR [13. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/ischuze.sqw?o=7&s=39>.
- [26] POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY. PSPČR: *Schválený pořad a stav projednávání 42. schůze* [online]. PSPČR [11. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/ischuze.sqw?o=7&s=42>.
- [27] POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY. PSPČR:

Sněmovní tisk 643 – Výroční zprávy a účetní závěrky zdr. pojišťoven za rok 2014
[online]. PSPČR [10. 12. 2015]. Dostupné z:
<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=643&CT1=0>.

- [28] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. VZP: *Minimální mzda* [online]. VZP [20. 1. 2016]. Dostupné z:
<https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/obzp/minimalni-mzda>.
- [29] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. VZP: *Nejdražší pacient roku 2014: Léčba muže z Pardubicka stála 22,5 milionu* [online]. VZP [21. 2. 2016]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/nejdrzsi-pacient-roku-2014-lecba-muze-z-pardubicka-stala-22-5-milionu>.
- [30] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. VZP: *OSVČ – minimální výše záloh* [online]. VZP [20. 1. 2016]. Dostupné z:
<http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/osvc/osvc-minimalni-vyse-zaloh>.
- [31] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. VZP: *Vyměřovací základ stát* [online]. VZP [20. 1. 2016]. Dostupné z:
<https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/vymerovaci-zaklad-stat>.

Ostatní zdroje

- [32] Odpovědi na otázky v rámci e-mailové komunikace, uvedené ve 4. kapitole, které poskytli Jan Vomlela, asistent ředitele RBP, Bc. Jan Sodoma z VoZP a Ing. Petr Kvapil, asistent ředitelky ZPŠ.
- [33] Výroční zprávy aktuálních zdravotních pojišťoven: České průmyslové zdravotní pojišťovny, Oborové zdravotní pojišťovny, Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny, Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky, Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra České

republiky a Zaměstnanecké pojišťovny Škoda za roky 2007, 2009, 2011, 2013 a 2014. Dostupné z internetových stránek zdravotních pojišťoven, konkrétně:

- <https://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocní-zpravy> pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu České republiky,
- <http://cpzp.cz/clanek/50-0-Ekonomie-informace.html> pro Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu,
- <http://www.ozp.cz/tiskove-centrum/vyrocní-zpravy> pro Oborovou zdravotní pojišťovnu,
- <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/> pro Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu,
- <https://vozp.cz/cs/o-pojistovne/tiskovy-servis/vyrocní-zpravy/> pro Vojenskou zdravotní pojišťovnu České republiky,
- <http://www.zpmvr.cz/pojistovna-211/vyrocní-zpravy/> pro Zdravotní pojišťovnu Ministerstva vnitra České republiky a
- <http://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocní-zpravy> pro Zaměstnaneckou pojišťovnu Škoda nebo
- výroční zprávy všech zdravotních pojišťoven za rok 2014 v rámci *Sněmovního tisku 643 – Výroční zprávy a účetní závěrky zdr. pojišťoven za rok 2014* na internetových stránkách Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky dostupné na internetové adrese <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=643&CT1=0> [27].

Seznam zkratk

CP	cenný papír
ČNB	Česká národní banka
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
ČÚS	České účetní standardy
DHM	dlouhodobý hmotný majetek
DM	dlouhodobý majetek
DNM	dlouhodobý nehmotný majetek
DR	dozorčí rada
EU	Evropská unie
FM	Fond majetku
FP	Fond prevence
FRM	Fond reprodukce majetku
Kč	koruna česká
KZ	konečný zůstatek
MFČR	Ministerstvo financí České republiky
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OBZP	osoby bez zdanitelných příjmů
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OR	obchodní rejstřík
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
PF	Provozní fond
PSPČR	Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky
PZ	počáteční zůstatek
RBP	Revírní bratrská pokladna zdravotní pojišťovna
RF	Rezervní fond
Sb.	sbírka zákonů
SF	Sociální fond

SR	správní rada
tab.	tabulka
USA	United States of America (Spojené státy americké)
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
VZ	vyměřovací základ
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZZP	zaměstnanecká zdravotní pojišťovna
ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění
ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky
ZPP	zdravotně pojistný plán
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
ZÚ	zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění pro účely přerozdělování pojistného

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byl seznámen s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 22. dubna 2016



Bc. Jakub Mičan

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Vývoj minimálních VZ a minimálních měsíčních záloh na pojistné pro OSVČ
- Příloha č. 2 Vývoj minimálních VZ a minimálního měsíčního pojistného pro zaměstnance a OBZP
- Příloha č. 3 Vývoj VZ a měsíčního pojistného pro pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát
- Příloha č. 4 Srovnávací graf vývoje minimálních VZ a měsíčního pojistného OSVČ, zaměstnanců a pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát
- Příloha č. 5 Tabulková část ke kapitole 3 *Fondy zdravotních pojišťoven*
- Příloha č. 6 Seznam otázek, položených zdravotním pojišťovnám RBP, VoZP a ZPŠ
- Příloha č. 7 Rozklíčovací tabulky k *Závěru*, při použití všech ukazatelů
- Příloha č. 8 Rozklíčovací tabulky k *Závěru*, při použití vybraných srovnání